

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Departamento de Psicología y Pedagogía
Psikologia eta Pedagogia Saila

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA EN PACIENTES ADICTOS EN TRATAMIENTO

TESIS DOCTORAL



Alfonso Arteaga Olleta

Directores: Javier Fernández Montalvo
José Javier López Goñi

Pamplona-Iruñea
2014

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis doctoral es el fruto de un largo trabajo que no habría podido ser posible sin el apoyo de las personas a las que cito en este apartado. A todas ellas quiero expresar mi agradecimiento.

No puedo empezar sin referirme a las dos personas que me animaron a dar el salto a la universidad, ayudándome a introducirme en ella y ofreciéndome la posibilidad de trabajar en el apasionante mundo de la investigación. Juntos trabajamos en un equipo en el que he podido aprender y aprendo, día a día, cómo diseñar, llevar a cabo y difundir las diferentes investigaciones. Ha sido un lujo para mí poder contar con dos codirectores de tesis de tan alta categoría tanto profesional como humana.

A Javier Fernández Montalvo, auténtico líder de este equipo. Por haber confiado en mí desde el principio, por su continua disponibilidad y accesibilidad, por su transmisión de conocimiento y de un estilo de trabajo que me ha permitido sentirme cómodo y aprender mucho en poco tiempo.

A José Javier López Goñi, Jope, amigo antes que compañero. Por haberme empujado y animado en mis sucesivas incursiones en la universidad, por haber estado incondicionalmente, especialmente en los momentos más complicados de esta investigación, y por su rigor y buen hacer.

A los demás miembros del grupo de investigación *Psicología clínica y psicopatología* de la Universidad Pública de Navarra. A Alicia Peñalva, Raúl Cacho, Sonia Esarte, y a quienes han participado de él anteriormente: Iñaki Lorea, Natalia Landa y Marta Beranuy. Por haber demostrado que se puede trabajar en equipo combinando la eficacia en el trabajo con un buen ambiente.

A todas las personas del departamento de *Psicología y Pedagogía*, y de otros de la UPNA, que de un modo u otro se han interesado y han

ofrecido su apoyo o colaboración para que la tesis pudiera llegar a buen término. A Jaione Cardas por su ayuda en la maquetación, a Miren Portilla por prestarse a contrastar el trabajo estadístico, a Luis Puente por su ayuda en el manejo de las citas bibliográficas; y a Mariaje, Maite, Elsa, Susana, Fermín, Raúl, Celso, Blanca, M^a Dolores, y un largo etcétera de personas que con su continuo apoyo y disponibilidad me han acompañado en el día a día de estos últimos años.

A mis compañeras de máster, Elizabette, Laura, Natalia, Oihane y Elisabeth, quienes han vivido la gestación de esta investigación desde sus inicios y con quienes he compartido la iniciación al camino de la investigación y de la tesis doctoral.

A todas las personas cuyo trabajo previo ha servido para poder plantear y llevar a cabo esta investigación. A quienes me han antecedido en el estudio de la violencia de pareja y de la drogadicción, porque han permitido poner las bases para que avancemos en el conocimiento de tan complicados temas.

Mi más profundo agradecimiento a la gran familia de la Fundación Proyecto Hombre Navarra. A ella debo gran parte de mi bagaje, tras 20 años y 8 meses de trabajo con ellos. A Alfonso Arana, director y antes compañero, por haber facilitado en todo momento mi acceso y trabajo con las personas de dicha entidad. A las personas de los equipos terapéuticos de la *Comunidad Terapéutica* en Lizarra y del programa *Aldatu* en Iruñea, porque en todo momento han mostrado su disponibilidad y ayuda, haciendo más fácil mi trabajo. A las personas del equipo de *Suspertu* porque, aunque no les ha tocado participar en este trabajo, han mostrado su comprensión y su apoyo personal tras mi decisión de “abandonarles”. Y a los de los *Servicios Centrales*, siempre trabajadores y colaboradores en cuanto ha sido necesario.

De modo especial, a los auténticos protagonistas de la investigación. A las 162 personas usuarias de los programas de la Fundación Proyecto Hombre Navarra que han colaborado en este estudio. No ha sido para mí

una sorpresa volver a descubrir la categoría humana de la mayor parte de ellas. Mi agradecimiento y el mejor de los deseos en su lucha por un futuro mejor.

Por último, y porque son los más importantes, a quienes en el día a día me han acompañado fuera de la universidad animándome e interesándose, muchas veces sin entender muy bien, pero transmitiendo su apoyo incondicional. A Oihane y Haritz, que poco a poco van entendiendo eso a veces tan difícil de explicar de *a qué se dedica mi aita*. A Arantzazu, mi compañera de travesía y auténtico sostén, por su comprensión y apoyo en esta etapa. A los abuelos de mis hijos, y en especial a mi madre, Gloria, también revisora de este trabajo. A todos los amigos y a la familia, quienes en el día a día, desde siempre, están ahí. Y a quienes, sin estar ya, les alegrará saber que este momento ha llegado.

A todos ellos mi agradecimiento.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	1
ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS	9
INTRODUCCIÓN	11
PARTE TEÓRICA	23
1. LA VIOLENCIA EN LA PAREJA	25
1.1. CONCEPTOS	25
1.1.1. Violencia	25
1.1.2. Violencia de género	25
1.1.3. Violencia contra la mujer	26
1.1.4. Violencia en el hogar.....	26
1.1.5. Violencia contra la pareja	27
1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA.....	27
1.2.1. Fases en el maltrato hacia la pareja	29
1.2.2. Duración y frecuencia de la violencia.....	31
1.2.3. Niveles de gravedad	32
1.2.4. Prevalencia de la violencia de pareja	34
1.2.5. Violencia de la mujer hacia el hombre	36
1.2.6. Efectos de la violencia según el género	39
1.2.7. Violencia en parejas homosexuales y bisexuales.....	40
1.2.8. Modelos y teorías sobre la violencia de pareja	41
1.3. TIPOS DE VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA	43
1.3.1. Tipos de maltrato	43
1.3.2. Violencia expresiva e instrumental.....	44
1.4. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN	46
1.4.1. La exposición a violencia en la infancia y/o adolescencia	47
1.4.2. Otros factores de riesgo	49
1.4.3. Una revisión de estudios	51
1.4.3.1. Factores de riesgo en la violencia de pareja del hombre a la mujer.....	52
1.4.3.2. Factores de protección en la violencia de pareja del hombre a la mujer.....	57
1.4.3.3. Factores de riesgo en la violencia de pareja de la mujer al hombre	58
1.4.3.4. Factores de protección en la violencia de pareja de la mujer al hombre	59
1.4.3.5. Factores de riesgo en la violencia de pareja en general (del hombre a la mujer y de la mujer al hombre)	59
1.4.4. Factores de riesgo y de protección en la violencia de pareja en la adolescencia	60
1.5. PERFIL DE LA PERSONA AGRESORA CONTRA LA PAREJA	63
1.5.1. Características sociodemográficas.....	64
1.5.2. Características cognitivas	65
1.5.3. Características de personalidad y psicopatológicas.....	66
1.5.4. Tipologías de personas agresoras	69

1.6. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PARA PERSONAS AGRESORAS CONTRA LA PAREJA	75
1.6.1. Tratamiento en el ámbito comunitario	85
1.6.2. Tratamiento en prisión	94
2. VIOLENCIA Y CONSUMO DE DROGAS	99
2.1. CONSUMO DE DROGAS: CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTOS	99
2.2. CONDUCTAS VIOLENTAS EN PERSONAS ADICTAS A DROGAS	102
2.3. CONDUCTAS DE VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA Y ABUSO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS	107
2.3.1. Tasas de prevalencia.....	109
2.3.2. Teorías acerca de la relación entre la conducta de consumo y la violencia contra la pareja.....	112
2.3.3. El caso del alcohol	113
2.3.4. Características del agresor y de la víctima cuando hay consumo de sustancias.....	115
2.3.5. Implicaciones para los programas de prevención y de tratamiento.....	116
3. TRATAMIENTOS DE LA VIOLENCIA HACIA LA PAREJA EN EL ÁMBITO DE LAS DROGODEPENDENCIAS.....	119
3.1. EFECTO DE LOS TRATAMIENTOS PARA LAS DROGODEPENDENCIAS	120
3.2. TRATAMIENTOS BASADOS EN LA INTERVENCIÓN CON LAS PERSONAS AGRESORAS.....	125
3.3. TRATAMIENTOS BASADOS EN TERAPIA DE PAREJA	129
PARTE EMPÍRICA	133
1. INTRODUCCIÓN	135
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	137
2.1. OBJETIVOS.....	137
2.2. HIPÓTESIS	138
3. MÉTODO.....	139
3.1. MUESTRA	139
3.2. TERAPEUTA	140
3.3. DISEÑO	140
3.4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	141
3.4.1. Variables sociodemográficas, penales y de gravedad de la adicción	142
3.4.2. Variables referidas a las conductas violentas.....	143
3.4.3. Variables psicopatológicas y de personalidad	144
3.4.4. Variables del tratamiento	147
3.5. PROCEDIMIENTO.....	147
3.5.1. Evaluación inicial.....	149
3.5.2. Tratamiento.....	152
3.5.3. Evaluación tras el tratamiento.....	156
3.5.4. Evaluación de seguimiento	157
3.6. ANÁLISIS DE DATOS	161

4. RESULTADOS	165
4.1. PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA HACIA LA PAREJA EN LAS PERSONAS ADICTAS.....	166
4.2. COMPARACIÓN DEL PERFIL DE LAS PERSONAS ADICTAS CON Y SIN VIOLENCIA HACIA LA PAREJA	170
4.2.1. Variables sociodemográficas y de gravedad de la adicción	170
4.2.2. Variables referidas a las conductas violentas	173
4.2.3. Variables psicopatológicas y de personalidad	175
4.3. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA VIOLENCIA HACIA LA PAREJA	179
4.3.1. Comparación entre los dos grupos con conductas violentas antes del tratamiento.....	179
4.3.1.1. Variables sociodemográficas y de gravedad de la adicción.....	179
4.3.1.2. Variables referidas a las conductas violentas	182
4.3.1.3. Variables psicopatológicas y de personalidad.....	183
4.3.2. Resultados de la intervención en la evaluación postratamiento....	187
4.3.2.1. Variables referidas a las conductas violentas	187
4.3.2.2. Variables psicopatológicas y de personalidad.....	188
4.3.2.3. Variables del tratamiento.....	191
4.3.3. Resultados de la intervención en la evaluación de seguimiento ...	192
4.3.3.1. Variables referidas a las conductas violentas	192
4.3.3.2. Variables psicopatológicas y de personalidad.....	194
4.4. COMPARACIÓN ENTRE LOS TRES GRUPOS EN EL SEGUIMIENTO	196
4.4.1. Variables referidas a las conductas violentas	196
4.4.2. Variables psicopatológicas y de personalidad	197
4.5. ANÁLISIS DE MEDIDAS REPETIDAS EN LOS TRES GRUPOS	200
4.5.1. Variables referidas a las conductas violentas	200
4.5.2. Variables psicopatológicas y de personalidad	203
4.6. TAMAÑO DEL EFECTO EN LAS VARIABLES DE ESTUDIO	220
4.6.1. Variables referidas a las conductas violentas	220
4.6.2. Variables psicopatológicas y de personalidad	224
4.7. VARIABLES PREDICTORAS DE ÉXITO TERAPÉUTICO EN EL SEGUIMIENTO	233
4.7.1. Resultados del análisis de regresión logística con la totalidad de la muestra....	234
4.7.2. Resultados del análisis de regresión logística con los sujetos con conductas violentas hacia la pareja antes del tratamiento	235
4.7.3. Resultados del análisis de regresión logística con los sujetos del grupo experimental.....	237
5. CONCLUSIONES	239
6. DISCUSIÓN	253
6.1. PREVALENCIA Y DESCRIPCIÓN DE LA VIOLENCIA HACIA LA PAREJA.....	253
6.2. PERFIL DIFERENCIAL DE LOS ADICTOS CON Y SIN VIOLENCIA HACIA LA PAREJA	257
6.3. EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA VIOLENCIA HACIA LA PAREJA	260
6.3.1. Comparación entre los dos grupos con conductas violentas antes del tratamiento.....	260
6.3.2. Comparación después del tratamiento y en el seguimiento	263
6.4. PREDICTORES DE ÉXITO TERAPÉUTICO	268
6.5. OTRAS CONSIDERACIONES A MODO DE RESUMEN.....	270
6.6. LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO	274

6.7. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	279
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	281
ANEXOS	321
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	323
ANEXO 2: European Addiction Severity Index (EuropASI).....	327
ANEXO 3: Revised Conflicts Tactics Scale-2 (CTS-2)	337
ANEXO 4: Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer (IPD-M)	345
ANEXO 5: Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre el Uso de la Violencia (IPD-V)	351
ANEXO 6: Listado de Síntomas (SCL-90-R).....	357
ANEXO 7: Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III).....	363
ANEXO 8: Índice de Respuesta Interpersonal (IRI)	369
ANEXO 9: Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo-Estado (STAXI)	375
ANEXO 10: Escala de Impulsividad (BIS-10).....	381
ANEXO 11: Escala de Inadaptación	387
ANEXO 12: Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento	393
ANEXO 13: Registro de Conductas Violentas en la Pareja	399

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Víctimas mortales por violencia de género en España (2003-2012).....	12
Tabla 2. Denuncias interpuestas por violencia de género (2007-2012)	13
Tabla 3. Delitos de malos tratos en el ámbito familiar en España (2001-2011)	13
Tabla 4. Factores de riesgo a nivel individual para ejercer violencia en la pareja en la adolescencia, según estudios que aportan evidencia científica (Vagi et al., 2013)	61
Tabla 5. Factores de riesgo a nivel de relación para ejercer violencia en la pareja en la adolescencia, según estudios que aportan evidencia científica (Vagi et al., 2013).....	62
Tabla 6. Factores de protección para ejercer violencia en la pareja en la adolescencia, según estudios que aportan evidencia científica (Vagi et al., 2013)	63
Tabla 7. Paralelismos de otras clasificaciones con la tipología de Holtzworth-Munroe y Stuart (1994)	73
Tabla 8. Resultados de los programas de intervención con hombres maltratadores	80
Tabla 9. Protocolo de tratamiento	88
Tabla 10. Características de las investigaciones que evalúan la violencia hacia la pareja antes y después de un tratamiento por abuso de drogas.....	122
Tabla 11. Prevalencia de violencia hacia la pareja antes y después del tratamiento para el abuso de sustancias	124
Tabla 12. Instrumentos de evaluación utilizados en cada fase	148
Tabla 13. Distribución inicial de la muestra	152
Tabla 14. Protocolo de tratamiento	154
Tabla 15. Distribución de los sujetos del grupo experimental para el tratamiento	155
Tabla 16. Distribución de la muestra en la evaluación postratamiento	156
Tabla 17. Distribución de la muestra en la evaluación de seguimiento	157
Tabla 18. Evolución del tamaño de la muestra a lo largo del estudio	158
Tabla 19. Motivos de abandono en los casos perdidos	159
Tabla 20. Prevalencia de violencia contra la pareja en personas adictas en tratamiento.....	167
Tabla 21. Prevalencia de conductas violentas contra la pareja en la muestra total estudiada	167
Tabla 22. Prevalencia de conductas violentas contra la pareja en la muestra estudiada	168
Tabla 23. Criterios para inclusión en grupo con conductas violentas	169
Tabla 24. Número de criterios cumplidos para la inclusión en el grupo con conductas violentas	169
Tabla 25. Comparación de variables sociodemográficas entre los pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja	171
Tabla 26. Comparación de la sustancia motivo de ingreso entre los pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja	172
Tabla 27. Comparación de la gravedad del consumo entre los pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja (EuropASI).....	172
Tabla 28. Comparación de la prevalencia de conductas violentas contra la pareja entre los pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja.....	173
Tabla 29. Comparación de los pensamientos distorsionados entre los pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja.....	174
Tabla 30. Comparación de los síntomas de malestar psicológico entre los pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja (SCL-90-R)	175
Tabla 31. Comparación en las escalas de personalidad entre los pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja (MCMI-III)	176
Tabla 32. Comparación de otras variables de personalidad entre los pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja	178

Tabla 33. Comparación de variables sociodemográficas en los dos grupos con conductas violentas antes del tratamiento	180
Tabla 34. Comparación de la sustancia motivo de ingreso en los dos grupos con conductas violentas antes del tratamiento	181
Tabla 35. Comparación de la gravedad del consumo en los dos grupos con conductas violentas antes del tratamiento (EuropASI)	181
Tabla 36. Prevalencia de conductas violentas contra la pareja en los dos grupos con conductas violentas antes del tratamiento	182
Tabla 37. Comparación de los pensamientos distorsionados en los dos grupos con conductas violentas antes del tratamiento	183
Tabla 38. Comparación de los síntomas de malestar psicológico en los dos grupos con conductas violentas antes del tratamiento (SCL-90-R).....	184
Tabla 39. Comparación en las escalas de personalidad en los dos grupos con conductas violentas antes del tratamiento (MCMI-III)	185
Tabla 40. Comparación de otras variables de personalidad en los dos grupos con conductas violentas antes del tratamiento	186
Tabla 41. Comparación de los pensamientos distorsionados tras el tratamiento ..	188
Tabla 42. Comparación de los síntomas de malestar psicológico tras el tratamiento (SCL-90-R)	189
Tabla 43. Comparación de otras variables de personalidad tras el tratamiento ...	190
Tabla 44. Satisfacción con el tratamiento recibido para la violencia hacia la pareja	191
Tabla 45. Prevalencia de conductas violentas contra la pareja en los dos grupos con conductas violentas en el seguimiento (informe del paciente).....	192
Tabla 46. Prevalencia de conductas violentas contra la pareja en los dos grupos con conductas violentas en el seguimiento (informe del equipo terapéutico)	193
Tabla 47. Comparación de los pensamientos distorsionados entre los tres grupos en el seguimiento	193
Tabla 48. Comparación de los síntomas de malestar psicológico entre los tres grupos en el seguimiento (SCL-90-R).....	194
Tabla 49. Comparación de otras variables de personalidad entre los tres grupos en el seguimiento	195
Tabla 50. Comparación de los pensamientos distorsionados entre los tres grupos en el seguimiento	197
Tabla 51. Comparación de los síntomas de malestar psicológico entre los tres grupos en el seguimiento.....	198
Tabla 52. Comparación de otras variables de personalidad entre los tres grupos en el seguimiento	199
Tabla 53. Pensamientos distorsionados en pre-post-seguimiento	201
Tabla 54. Síntomas de malestar psicológico en pre-post-seguimiento (SCL-90-R)	204
Tabla 55. Índice de respuesta interpersonal en pre-post-seguimiento (IRI)	209
Tabla 56. Ira en pre-post-seguimiento (STAXI)	212
Tabla 57. Impulsividad en pre-post-seguimiento (BIS-10)	215
Tabla 58. Inadaptación en pre-post-seguimiento (Escala de Inadaptación).....	218
Tabla 59. Tamaño del efecto en los pensamientos distorsionados (IPD-M e IPD-V)	221
Tabla 60. Tamaño del efecto en los síntomas de malestar psicológico (SCL-90-R)	223
Tabla 61. Tamaño del efecto en la capacidad empática (IRI)	226
Tabla 62. Tamaño del efecto en la ira (STAXI).....	228
Tabla 63. Tamaño del efecto en la impulsividad (BIS-10).....	230
Tabla 64. Tamaño del efecto en la inadaptación (Escala de Inadaptación).....	232
Tabla 65. Regresión logística variables predictoras (todos los sujetos).....	234
Tabla 66. Regresión logística variables predictoras (sujetos con conductas violentas al inicio del estudio)	236

Tabla 67. Regresión logística variables predictoras (sujetos del grupo experimental)	236
Tabla 68. Confirmación de la hipótesis correspondiente al primer objetivo.	239
Tabla 69. Confirmación de las hipótesis correspondientes al segundo objetivo....	241
Tabla 70. Confirmación de las hipótesis correspondientes al tercer objetivo.	248

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de los sujetos evaluados en cada fase del estudio.....	160
Figura 2. Distribución por sexo de los sujetos con violencia hacia la pareja	166
Figura 3. Evolución de los pensamientos distorsionados sobre la mujer (IPD-M) .	202
Figura 4. Evolución de los pensamientos distorsionados sobre la violencia (IPD-V)	202
Figura 5. Evolución de los índices de gravedad de los síntomas de malestar psicológico (SCL-90-R)	206
Figura 6. Evolución de las dimensiones de los síntomas de malestar psicológico (SCL-90-R)	207
Figura 7. Evolución de la empatía (IRI)	210
Figura 8. Evolución de la ira (STAXI)	213
Figura 9. Evolución de la impulsividad (BIS-10)	216
Figura 10. Evolución de la inadaptación (Escala de Inadaptación)	219
Figura 11. Tamaño del efecto en los pensamientos distorsionados sobre la mujer (IPD-M)	221
Figura 12. Tamaño del efecto en los pensamientos distorsionados sobre la violencia (IPD-V)	222
Figura 13. Tamaño del efecto en los síntomas de malestar psicológico (SCL-90-R)	225
Figura 14. Tamaño del efecto en la capacidad empática (IRI)	227
Figura 15. Tamaño del efecto en la ira (STAXI)	229
Figura 16. Tamaño del efecto en la impulsividad (BIS-10)	231
Figura 17. Tamaño del efecto en la inadaptación (Escala de Inadaptación)	232

INTRODUCCIÓN

La violencia contra la pareja constituye un problema en alza en nuestra sociedad. La prevalencia de este fenómeno ha aumentado alarmantemente, hasta el punto de convertirse en la actualidad en uno de los problemas sociales y sanitarios de mayor prioridad (Fariña, Arce y Buela-Casal, 2009). Hay quien califica esta realidad como un problema de salud pública (Caetano, Vaeth y Ramisetty-Mikler, 2008; Sharps y Campbell, 1999). Este hecho ha provocado en la comunidad científica un interés creciente por la comprensión del fenómeno, y por el estudio tanto de quienes ejercen la violencia como de sus víctimas.

Diferentes estudios indican que la cifra de mujeres que han sufrido alguna vez en su vida violencia en su relación de pareja es alta. Este problema afecta al menos a entre el 3,6% y el 9,6% de las mujeres mayores de 18 años en España. Un informe del Ministerio de Asuntos Sociales refleja que en torno al 4% de las mujeres españolas son víctimas de maltrato habitual, aunque el 16,5% de la población femenina adulta confiesa haber sido víctima de maltrato alguna vez en su vida (Echeburúa, Corral, Fernández-Montalvo y Amor, 2004). La Asociación Médica Americana ha cifrado en un 25% la proporción de mujeres que han sido víctimas de maltrato doméstico al menos una vez en su vida (Echeburúa y Corral, 1998), dato confirmado por otros estudios estadounidenses (Goldman, Horan, Warshaw, Kaplan y Hendricks-Matthews, 1995; Straus y Gelles, 1990). Una reciente revisión sistemática estima que en el mundo el 30% de las mujeres de 15 años o más ha sido víctima alguna vez en su vida de violencia física y/o sexual por parte de su pareja (Devries et al., 2013). En un estudio realizado en centros de atención primaria de todas las comunidades autónomas de España en 2006 y 2007, el 24,8% de las mujeres refirieron haber sido maltratadas por su pareja alguna vez en la vida (Ruiz-Perez, Plazaola-Castano, Vives-Cases, Montero-Pinar, Escriba-Aguir, Jimenez-Gutierrez y Martin-Baena, 2010).

Respecto a la prevalencia de los diferentes tipos de violencia ejercidos, dos estudios publicados en España en 2003 y 2007 referidos a la población general muestran que las tasas de prevalencia de violencia contra la pareja en mujeres oscilan entre el 42,5% y el 72% en el caso de la violencia psicológica, entre el 8% y el 18% en agresiones físicas, y entre el 11,5% y el 30,1% en abusos sexuales. Entre el 4,3% y el 5,8% han tenido lesiones (Calvete, Corral y Estévez, 2007; Medina-Ariza y Barberet, 2003). En un estudio reciente referido a Turquía (Gulec, Yetim y Melih, 2012), realizado con una muestra estratificada compuesta por 306 mujeres adultas, los datos indican prevalencias del 54,5% de violencia psicológica, el 30,4% de violencia física y el 6,3% de violencia sexual, mientras que el 19,3% de las mujeres adultas padecieron violencia económica.

El número de víctimas mortales por violencia de género en España experimentó un considerable aumento en el final del siglo XX, estabilizándose en torno a una media de 65 víctimas anuales en la última década (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012), en la que fallecieron por este motivo 655 mujeres (Tabla 1). La tasa de víctimas de violencia de género por cada 100.000 mujeres de 16 o más años ha oscilado en dicho periodo entre 0,24 y 0,38 (Ministerio del Interior, 2011). Pese a que algún estudio en sus conclusiones afirmaba que en 2005 la epidemia por violencia contra la pareja parecía estar remitiendo (Vives-Cases, Carrasco-Portino y Alvarez-Dardet, 2007), la realidad es que los datos indican un mantenimiento posterior en el número de personas fallecidas por este motivo. Los últimos datos de 2012 y 2013 resultan esperanzadores, pero deberá confirmarse en próximos años si se trata de una nueva tendencia a la baja.

Tabla 1. Número de víctimas mortales por violencia de género en España (2003-2012)

Año	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nº de víctimas mortales	71	72	57	69	71	76	56	73	61	52	52

Fuente: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Así mismo, el número de denuncias por violencia de género experimentó un aumento en el final del siglo pasado, situándose en la actualidad en torno a las 130.000 anuales (Tabla 2). El 72,1% de las denuncias fueron presentadas por las propias víctimas. El 13,5% procedió de la intervención directa de la policía, el 11,5% de partes de lesiones de los servicios sanitarios, y el 1,7% fue resultado de la intervención de los servicios asistenciales. Sólo en el 1,3% de los casos fueron los familiares quienes presentaron denuncia (Consejo General del Poder Judicial, 2012).

Tabla 2. Denuncias interpuestas por violencia de género (2007-2012)

Año	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nº de denuncias por violencia de género	126.293	142.125	135.540	134.105	134.002	128.543

Fuente: Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género. Consejo General del Poder Judicial.

El número de delitos de malos tratos en el ámbito familiar ha experimentado un considerable aumento en los últimos años, llegándose en 2010, a una tasa de 16,4 casos por cada 10.000 habitantes, tal como puede verse en la Tabla 3 (Instituto Nacional de Estadística, 2011; Ministerio del Interior, 2011, 2012, 2013).

Tabla 3. Delitos de malos tratos en el ámbito familiar en España (2001-2011)

	2001	2004	2007	2010	2011	2012
Nº delitos de malos tratos en el ámbito familiar	24.897*	51.457*	60.260*	63.447* 77.577**	79.940**	77.226**
Tasa por 10.000 habitantes***	6.9	13.0	15.2	16.4		

* Fuente: Ministerio del Interior (Sólo Cuerpo Nacional de Policía y Guardia Civil).

** Fuente: Ministerio del Interior. (Cuerpo Nacional de Policía, Ertzaintza, Mossos d'Esquadra y Policía Foral de Navarra).

*** Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Mientras que la prevalencia y las consecuencias de la violencia masculina dirigida hacia las mujeres en las relaciones de pareja han sido bien establecidas, y en ellas se centran la mayoría de estudios y datos disponibles, la investigación sobre la violencia ejercida por mujeres en las relaciones de pareja está menos desarrollada (Carney, Buttell y Dutton, 2007). Al tratarse de un campo con connotaciones delicadas, existe un debate acerca de si el hombre víctima de violencia de pareja en realidad existe (Pagelow, 1992), con una evidencia cada vez mayor de que es así (Dixon, Archer y Graham-Kevan, 2012; Dutton, 2012). Pese a que existen estudios que afirman que en Estados Unidos la tasa de mujeres víctimas de violencia contra la pareja es cinco veces mayor que la de hombres (Rennison y Welchans, 2000), algunos datos de encuestas en el mismo país sugieren que los hombres y las mujeres son igualmente violentos en las relaciones de pareja (Straus, 1999). Esta conclusión fue confirmada por Archer (2000), quien realizó un meta-análisis de 82 estudios sobre conflictos en la pareja, en el que encontró que las mujeres tenían incluso más probabilidades de utilizar la agresión física y de recurrir a la violencia con mayor frecuencia que los hombres, especialmente en las épocas de noviazgo. Sin embargo, las agresiones físicas predominantes en las mujeres consistían en tirar algo al otro, abofetear, dar patadas, morder o golpear con un objeto, mientras que los hombres eran más propensos que las mujeres a agresiones más graves, como dar una paliza, intentar asfixiar o estrangular (Archer, 2002). En cualquier caso, dadas las diferencias entre sexos en cuanto a constitución física, normalmente la violencia de la mujer hacia el hombre suele ser más de tipo psicológico, en forma de insultos, humillaciones o desvalorizaciones, más que de tipo físico (Torres y Espada, 1996).

Parecidas conclusiones respecto a la presencia de la violencia de la mujer hacia el hombre como fenómeno prevalente se han obtenido en otros estudios realizados en Brasil (Zaleski, Pinsky, Laranjeira, Ramisetty-Mikler y Caetano, 2010), Suecia (Lovestad y Krantz, 2012) y Estados Unidos (Cho, 2012; Martin, Cui, Ueno y Fincham, 2013). No obstante, conviene ser cautos en la interpretación de estos datos, que sin duda abren un nuevo campo de investigación en el estudio de la violencia en la pareja.

En los últimos años ha crecido el interés por la relación entre el consumo de sustancias y el desarrollo de las conductas violentas. La presencia del consumo de alcohol y otras drogas entre las personas violentas en general y, más específicamente, entre agresores contra su pareja, está bien documentada. Algunos autores consideran que la violencia es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad entre pacientes adictos a drogas, especialmente en aquellos que son adictos a drogas ilegales (Marshall, Fairbairn, Li, Wood y Kerr, 2008). Diversos estudios han analizado la violencia en pacientes adictos tanto desde una perspectiva general como desde la perspectiva específica de la violencia contra la pareja.

Algunos de esos estudios han mostrado evidencia de una alta presencia de alcohol y/o abuso de drogas entre las personas agresoras (Murphy y Ting, 2010). La tasa de personas agresoras contra su pareja que presentan problemas de abuso o dependencia alcohólica oscila en los distintos estudios entre el 50% y el 60% (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Amor, 2003; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997, 2005; Fernández-Montalvo, Echeburúa y Amor, 2005; Stuart, O'Farrell y Temple, 2009). En el caso de otro tipo de drogas ilegales, los datos varían en las diferentes investigaciones pero, como media, en torno al 20% de los hombres agresores presenta un consumo abusivo de drogas (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997, 2005; Moore et al., 2008; Stuart et al., 2008). Además, los resultados indican una fuerte asociación entre el consumo de estas drogas y la gravedad de los episodios violentos (Stuart et al., 2008).

Si se analiza esta relación desde la perspectiva inversa, investigaciones recientes han mostrado evidencia respecto a altas tasas de violencia física entre pacientes adictos (Clements y Schumacher, 2010; Fernández-Montalvo, López-Goñi y Arteaga, 2011). Algunos estudios muestran que aproximadamente entre un 40% y un 60% de las personas en tratamiento por consumo de drogas que viven con sus parejas presentan episodios violentos contra las mismas durante el año previo al inicio del tratamiento para su adicción (Easton, Swan y Sinha, 2000; O'Farrell y

Murphy, 1995). Resultados similares se han observado en pacientes que presentan problemas relacionados con la adicción al juego (Korman et al., 2008). En algunos estudios ha quedado clara la influencia del consumo de alcohol y otras drogas en el desencadenamiento y desarrollo de episodios violentos contra la pareja (Muñoz-Rivas, Gamez-Guadix, Graña y Fernandez, 2010; Stuart, O'Farrell, et al., 2009).

El vínculo entre el abuso de alcohol y/u otras drogas y la violencia sigue siendo desconocido en la actualidad. Aunque hay alguna evidencia sobre la influencia de ciertas drogas en el desarrollo de conductas de violencia (Marshall et al., 2008; Martin y Bryant, 2001), la conexión entre el consumo de sustancias y la conducta violenta es compleja y sugerente más que concluyente (Boles y Miotto, 2003). Además, la mayoría de los datos obtenidos se refiere al abuso de alcohol, y hay poca investigación respecto a otras drogas. Hoy por hoy no existen estudios que establezcan una relación causal entre ambos fenómenos (Fagan, 1993; Leonard, 2005). Probablemente el abuso de sustancias no es tanto un factor causal como un factor precipitante de la violencia contra la pareja. Distintos estudios hablan de factores predictores de este tipo de violencia, entre los cuales se encuentran algunos relacionados con el alcohol y otras drogas (Richards, Jennings, Tomsich y Gover, 2013; Stuart et al., 2008).

En lo que se refiere al perfil de la persona agresora en la pareja, hoy en día se cuenta con un conocimiento más preciso que años atrás de las características clínicas de los hombres violentos contra la mujer. Los agresores suelen presentar carencias psicológicas significativas, como sesgos cognitivos (pensamientos distorsionados sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer, principalmente), dificultades de comunicación, irritabilidad y una falta de control de los impulsos, así como otras dificultades específicas como el abuso de alcohol y los celos patológicos (Dutton y Golant, 1999; Echeburúa et al., 2003; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997, 2005). Una dificultad existente es la negación o, al menos, la minimización del problema por parte del agresor, así como la atribución a la pareja del origen y mantenimiento del conflicto, lo que puede llevar a un rechazo del tratamiento o a un abandono prematuro del mismo.

Por ello, es fundamental que el tratamiento psicológico esté perfectamente articulado con las medidas penales establecidas hoy en día en nuestro Código Penal (Echeburúa, Fernández-Montalvo y De la Cuesta, 2001).

En los últimos años se han desarrollado distintos programas de intervención terapéutica con maltratadores. Se trata de programas específicos que se aplican tanto en el ámbito comunitario como penitenciario. Estos programas se basan en su mayoría en técnicas cognitivo-conductuales que tratan de modificar ciertas características que presentan estos hombres, así como de dotarles de habilidades alternativas a la violencia para afrontar las dificultades cotidianas. Existen estudios que avalan la eficacia de los mismos (Babcock, Green y Robie, 2004; Feder y Wilson, 2005; Smedslund, Dalbo, Steiro, Winsvold y Clench-Aas, 2007). La mayoría de estos estudios se han llevado a cabo con agresores que acuden a programas comunitarios de tratamiento (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997), programas en prisión (Boira, Lopez del Hoyo, Tomas-Aragones y Gaspar, 2013; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009; Echeburúa, Fernández-Montalvo y Amor, 2006) o programas para agresores derivados judicialmente (Eckhardt, Holtzworth-Munroe, Norlander, Sibley y Cahill, 2008; Feder y Wilson, 2005). Muchos de estos programas no tienen en cuenta el consumo de sustancias y la mayoría de ellos excluye a los pacientes que presentan una conducta adictiva, derivándolos a programas específicos de intervención.

En la práctica clínica con drogodependientes es relativamente frecuente encontrar personas con órdenes judiciales de alejamiento de sus parejas. Tampoco es extraña la presencia de denuncias por malos tratos o, incluso, la existencia de antecedentes penales relacionados con conductas violentas. Como resultado de la frecuente presencia conjunta de consumo de sustancias y conductas violentas contra la pareja, se ha producido en los últimos años un aumento del interés y de la preocupación por estudiar dicha relación, así como por establecer vías específicas de intervención conjunta para ambas problemáticas (Moore et al., 2008; Taft, O'Farrell, et al., 2010; Temple, Stuart y O'Farrell, 2009). Más concretamente, se considera que los programas de tratamiento de las drogodependencias pueden ser un

contexto adecuado para identificar la presencia de conductas violentas en general, de agresores contra la pareja en particular, y de otros tipos de actos delictivos. De este modo, una vez identificados, se podría intervenir simultáneamente en ambas problemáticas y mejorar así los resultados de los programas de tratamiento existentes. Como consecuencia de todo ello, algunos grupos de investigación (Easton et al., 2007; Goldkamp, Weiland, Collins y White, 1996; Moore et al., 2008; Stuart, O'Farrell, et al., 2009) han comenzado a estudiar la aplicación de programas conjuntos de tratamiento para pacientes adictos con conductas asociadas de maltrato a la pareja. En realidad, se trata de adaptar los programas de maltratadores existentes en la actualidad a este contexto específico de las conductas adictivas.

Debido a que son escasos los programas específicos aplicados hasta la fecha en el ámbito de las drogodependencias, algunos autores han analizado la evolución de las conductas violentas entre los pacientes adictos que reciben tratamiento. Los resultados han puesto de manifiesto que la intervención estándar para las adicciones en pacientes drogodependientes con problemas asociados de violencia contra la pareja provoca una disminución importante en las conductas violentas, a pesar de no intervenir específicamente en este ámbito (O'Farrell, Fals-Stewart, Murphy y Murphy, 2003; Stuart, Moore, Kahler y Ramsey, 2003). En el estudio de O'Farrell et al. (2003), por ejemplo, con una muestra de 301 hombres alcohólicos, la presencia de violencia contra la pareja disminuyó del 56% antes del tratamiento al 25% después del mismo, a pesar de no haber recibido una intervención específica para ello. Algo similar ocurre en el estudio de Stuart et al. (2003), llevado a cabo con 24 pacientes en tratamiento por alcoholismo. Todos ellos presentaron disminuciones significativas en la frecuencia de las conductas violentas contra la pareja tras recibir un tratamiento para la adicción. En general, los distintos estudios llevados a cabo en este sentido muestran resultados similares. Una revisión más completa sobre este tema específico puede encontrarse en Stuart et al. (2009).

Además, en algunos estudios se ha observado que los pacientes alcohólicos que recaen no reducen las conductas violentas, mientras que aquellos que mantienen la abstinencia, mantienen también la reducción de las conductas violentas (O'Farrell y Murphy, 1995). Sin embargo, si bien la reducción o eliminación del consumo de alcohol o de otras drogas son necesarias para controlar las conductas violentas, probablemente sean insuficientes para la eliminación definitiva de las mismas.

En cualquier caso, este tipo de investigaciones abre una nueva vía de estudio: la consideración de los programas de tratamiento de drogodependencias como un posible contexto para identificar agresores contra la pareja e intervenir simultáneamente en ambas problemáticas. Hasta la fecha han sido muy escasos los esfuerzos desarrollados en este sentido. De hecho, en la bibliografía sobre el tema aparecen solamente algunos programas aislados, principalmente en el ámbito estadounidense, que, sin embargo, muestran datos muy esperanzadores. Algunos ejemplos en este sentido son el Dade County's Integrated Domestic Violence Model (Goldkamp et al., 1996) o el Yale's Substance Abuse Treatment Unit's Substance Abuse-Domestic Violence Program (SATU-SADV; Easton y Sinha, 2002). En el primero de ellos los resultados obtenidos muestran cómo los pacientes que reciben una intervención focalizada a ambos problemas (adicción y violencia de pareja) obtienen mejores resultados y presentan una tasa más baja de reincidencia en las conductas violentas. Por su parte, el programa de Yale, basado en una intervención cognitivo-conductual mediante técnicas dirigidas al tratamiento de la adicción y al desarrollo de respuestas no agresivas hacia la pareja, muestra, como dato preliminar, una reducción importante tanto en el consumo de drogas como en los niveles de ira y de violencia hacia la pareja.

Estos resultados, a pesar de ser claramente esperanzadores, no han sido todavía objeto de una evaluación rigurosa. Además, se trata de programas llevados a cabo fundamentalmente en el ámbito anglosajón, sin que existan hasta la fecha programas específicos desarrollados en nuestro país para la intervención simultánea con drogodependientes con problemas asociados de violencia contra la pareja. Ésta constituye, sin duda, una vía

prometedora de estudio futuro (Fernández-Montalvo, López-Goñi, et al., 2011).

En resumen, en los estudios desarrollados hasta la fecha se han puesto de manifiesto diferentes estrategias de tratamiento de la violencia contra la pareja entre los pacientes adictos. Por una parte, se ha comprobado que los programas estándar de tratamiento de las adicciones consiguen reducciones significativas de la violencia, a pesar de no llevar a cabo una intervención específica en este terreno. Por otra parte, se han desarrollado algunos programas específicos de intervención simultánea para ambas problemáticas. Los resultados obtenidos son todavía limitados, pero claramente esperanzadores. Además abren una línea de estudio novedosa y prometedora desde un punto de vista clínico.

En este sentido, algunas líneas futuras de investigación sobre esta problemática deben ir encaminadas, en primer lugar, al estudio de la tasa de prevalencia de agresores contra la pareja entre los usuarios de programas de tratamiento para adictos, así como de las características específicas de este tipo de pacientes. En segundo lugar, es necesario contar con investigaciones que establezcan la eficacia de los programas de intervención psicológica destinados a pacientes drogodependientes que presentan conductas violentas en el hogar. Se trataría de adaptar los programas de intervención que ya han mostrado su utilidad para la eliminación y/o reducción de las conductas violentas y de las actitudes machistas en agresores contra la pareja, para ser aplicados de forma conjunta dentro de los programas de tratamiento de drogodependencias. Todo ello, supone sin duda, un reto importante para los próximos años.

El presente trabajo constituye una contribución a este reto. Se trata de un trabajo empírico en el que se evalúa la eficacia de un programa de intervención para la violencia contra la pareja en pacientes adictos en tratamiento.

En la parte teórica se realiza una revisión de los conceptos anteriormente descritos, relacionados con la violencia contra la pareja en

personas adictas a drogas. Empezando por conceptos relacionados con la violencia en la pareja, se describen aspectos relacionados con el perfil de la persona agresora en la pareja. A continuación se describen con detalle los programas de tratamiento para personas que ejercen violencia contra la pareja que se han desarrollado hasta la actualidad. Posteriormente se lleva a cabo una revisión de la relación entre consumo de drogas y conductas violentas, tanto en lo que se refiere a violencia general como contra la pareja. Por último, se realiza un repaso de los tratamientos llevados a cabo para abordar el problema de la violencia contra la pareja en el ámbito de las drogodependencias.

La parte empírica del trabajo recoge un estudio llevado a cabo entre 2010 y 2012 con población drogodependiente en tratamiento, en el que se entrevistó y evaluó a un total de 162 personas. En él se establece, en primer lugar, la prevalencia de personas que han ejercido violencia contra su pareja, tanto hombres como mujeres. En segundo lugar se realiza un estudio descriptivo de la muestra, comparando el perfil de las personas agresoras con el de aquellas que no lo han sido. Por último, se evalúa la eficacia de un programa de tratamiento cognitivo-conductual de 20 sesiones específico para las conductas violentas contra la pareja realizado en el contexto del tratamiento para su adicción. Se compara un grupo de tratamiento formado por sujetos que ejercieron previamente violencia contra su pareja con dos grupos de control, uno de ellos formado por personas con agresiones previas que no han recibido dicho tratamiento, y el segundo formado por personas sin antecedentes de violencia ejercida contra su pareja.

PARTE TEÓRICA

PARTE TEÓRICA

1. LA VIOLENCIA EN LA PAREJA

1.1. CONCEPTOS

1.1.1. Violencia

Según establece la Organización Mundial de la Salud, la **violencia** es *"el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones"*. En función del autor del acto violento se pueden establecer tres grandes categorías: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva (Organización Mundial de la Salud, 2002).

1.1.2. Violencia de género

La **violencia de género** es *"un tipo de violencia física o psicológica ejercida contra cualquier persona sobre la base de su sexo o género que impacta de manera negativa en su identidad y bienestar social, físico y psicológico"* (United Nations High Commissioner for Refugees, 2003). El término es utilizado para distinguir la violencia común de aquella que se dirige a individuos o grupos sobre la base de su género. El Boletín Oficial del Estado (2004), en su Ley Orgánica 1/2004, define la violencia de género como *"aquella que, como manifestación de la discriminación de la situación de la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia"*.

1.1.3. Violencia contra la mujer

La violencia de género presenta diversas características diferentes a otros tipos de violencia interpersonal, y normalmente se la asocia a la **violencia contra la mujer**. La Organización de las Naciones Unidas define esta última como *"todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada; incluye en ella la violencia física, sexual y psicológica en la familia, en la comunidad en general, y la perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra"* (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 1993). No obstante, algunos autores señalan que violencia contra la mujer y violencia de género no son sinónimos (Richter, 2011). Así, no toda la violencia contra la mujer puede identificarse como violencia de género ya que, tal como se ha señalado, este término hace referencia a aquel tipo de violencia que tiene sus raíces en las relaciones de género dominantes existentes en una sociedad. Es habitual que exista cierta confusión respecto a estos términos (Espinar, 2006) y, por ello, existe cierta falta de consenso (Alonso y Castellanos, 2006).

1.1.4. Violencia en el hogar

La violencia de género tiende a confundirse con la **violencia doméstica o violencia en el hogar**, término más restringido que, aunque está íntimamente relacionado, incluye la violencia en el terreno de la convivencia familiar o asimilada, por parte de uno de los miembros contra otros, contra alguno de los demás o contra todos ellos (Mora, 2008), y donde se incluyen además de las mujeres, a niños, ancianos e incluso a varones.

1.1.5. Violencia contra la pareja

Por otra parte, algunos autores equiparan la violencia de género con la **violencia contra (hacia) la pareja**, término más acotado. La violencia de género es un problema muy amplio y que no sólo abarca las relaciones de pareja (Quinteros y Carbajosa, 2008). Por otro lado, el término violencia contra la pareja comprende no sólo la violencia contra la mujer, sino también la violencia de la mujer contra el hombre o la violencia en parejas del mismo sexo (Alonso y Castellanos, 2006; Geldschläger y Ginés, 2013).

Los términos más empleados hoy en día suelen ser violencia de género, violencia contra (hacia) la pareja y violencia doméstica, a menudo utilizados indistintamente. Sin embargo también se usan otros términos para definir dicho comportamiento, tales como: violencia intrafamiliar, violencia en la pareja, abuso en la pareja, maltrato hacia la mujer, violencia contra la mujer, violencia de pareja, etc. (Ali y Naylor, 2013).

Teniendo en cuenta los conceptos explicados, en el presente trabajo se hace referencia principalmente a la violencia contra (hacia) la pareja, incluyendo en la misma las agresiones físicas, las relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual, y los malos tratos psicológicos.

1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA

Cuando se habla de maltrato hacia la pareja se hace referencia a agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, llevadas a cabo con reiteración por parte de una de las personas de la pareja y que causan daño físico y/o psicológico y vulneran la libertad de la otra persona (Calvete, Estevez y Corral, 2007; Cantos, Neidig y O'Leary, 1994).

La conducta violenta contra la pareja es el resultado de un estado emocional intenso, la ira, que interactúa con unas actitudes de hostilidad, un repertorio pobre de conductas (déficit de habilidades de comunicación y

de solución de problemas) y unos factores precipitantes (situaciones de estrés, consumo abusivo de alcohol, celos, etc.), así como de la percepción de vulnerabilidad de la víctima (Echeburúa y Corral, 1998).

Existen pocos estudios longitudinales que identifiquen qué factores se pueden considerar predictores de la aparición de conductas violentas en la pareja. Los modelos etiológicos que han recibido un mayor apoyo empírico sugieren que un aumento gradual de la interacción coactiva (insultos, desvalorización, amenazas, aislamiento, etc.) tiene como consecuencia una agresión física con el paso del tiempo (Straus, 1983). En la mayor parte de los casos los episodios de violencia comienzan en las primeras etapas de la relación (Boira y Marcuello, 2013), durante el noviazgo o en los inicios del matrimonio (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996; O'Leary, 1988). La presencia de algún tipo de agresión psicológica en los primeros meses de relación es un claro predictor de futuros casos de maltrato físico (Murphy y O'Leary, 1989; O'Leary, Malone y Tyree, 1994). Cuando ya se ha dado un primer episodio de maltrato, aunque existan muestras de arrepentimiento por parte de la persona agresora, la probabilidad de nuevos episodios aumenta. Una vez que se han roto las inhibiciones relacionadas con el respeto a la otra persona, la violencia como estrategia para controlar su conducta es cada vez más frecuente, adquiriendo su uso un carácter intencional y estratégico (Boira y Marcuello, 2013; Echeburúa y Corral, 1998; Medina, 2002). La violencia hacia la pareja suele mantenerse a largo plazo. Además, suele ir acompañada de una creciente hostilidad y aislamiento de la persona agresora (Boira y Marcuello, 2013).

Una característica de la conducta de maltrato en la pareja es la negación de la misma por parte del maltratador, utilizando estrategias de afrontamiento para eludir la responsabilidad, tales como buscar excusas, alegar que se trata de un problema estrictamente familiar, hacer atribuciones externas, considerar lo que ocurre como normal en todas las familias o quitar importancia a las consecuencias negativas de esas conductas (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1999). Suele existir una falta de conciencia y de responsabilización de la conducta violenta ejecutada (Boira y Marcuello, 2013).

Parece existir un nexo de unión entre distintas formas de violencia. Recientes trabajos epidemiológicos muestran cómo la mayoría de las víctimas de violencia de pareja han sufrido a su vez otras formas de violencia, así como que los autores de un tipo de violencia a menudo se involucran en agresiones en otros contextos. En concreto, se han encontrado vínculos entre el abuso sexual, la violencia de pareja, la violencia durante el noviazgo y en la adolescencia y la violencia en la comunidad (Grych y Swan, 2012).

1.2.1. Fases en el maltrato hacia la pareja

Walker (1979) señala tres fases que suelen aparecer en los episodios de maltrato en la pareja con violencia del hombre hacia la mujer y que constituyen el denominado ciclo de la violencia:

- **Acumulación de tensión.** En esta fase se dan cambios repentinos en el ánimo del agresor, que comienza a reaccionar negativamente ante lo que él siente como frustración de sus deseos, provocación o, simplemente, molestia. Pequeños episodios de violencia verbal van escalando hasta alcanzar un estado de tensión máxima. A menudo sólo se alcanza esta fase, sin pasar a la violencia física.
- **Descarga de la violencia física.** Es la más corta, consiste en la descarga incontrolada en forma de violencia de las tensiones acumuladas durante la primera fase. Puede variar en intensidad y duración. El episodio cesa porque el hombre, una vez desahogada la tensión, se da cuenta de la gravedad de lo que ha hecho, porque la mujer necesita ser atendida o huye, o porque alguien externo interviene. Cuando ha pasado el ataque agudo, se suele dar un periodo inicial de shock (al menos las primeras veces) que incluye la negación, justificación o minimización de los hechos.
- **Arrepentimiento.** El agresor se da cuenta de que ha ido demasiado lejos y trata de reparar el daño causado. El hombre pide perdón y promete no volver a ser violento. La mujer a menudo perdona porque quiere creer que nunca más ocurrirá un episodio parecido, aunque en el fondo teme que volverá a ocurrir, sobre todo cuando ya ha habido otros episodios en el pasado. Esta fase se va diluyendo gradualmente y la tensión se irá incrementando lentamente para volver a repetirse el ciclo nuevamente.

Según esta autora estas tres fases completan un ciclo que tiene tres características. En primer lugar, cuantas más veces se completa, menos tiempo se necesita para completarse. En segundo lugar, la intensidad y la gravedad de la violencia van aumentando progresivamente en el tiempo. Lo que en un principio comenzó como un bofetón, puede acabar en lesiones graves o incluso en la muerte. Por último, la fase de arrepentimiento tiende a hacerse más corta y puede desaparecer con el tiempo, en la medida en que se crea un hábito en el uso de la violencia.

Sin embargo, el ciclo de la violencia no ha soportado bien los exámenes a los que ha sido sometido por diversos investigadores. La propia Walker reconocía en sus estudios que este ciclo no siempre está presente en la violencia en la pareja. De los casos estudiados, el 65% exhibían la fase de tensión. Otros autores han encontrado datos similares y señalan que no existe un marco temporal universal para las diferentes etapas del ciclo (Dutton, 1995).

En dos estudios realizados con 109 mujeres maltratadas (Dobash y Dobash, 1984) y posteriormente con 95 parejas en las que el hombre había sido sometido a tratamiento mediante sanción penal (Dobash y Dobash, 1998), se encontró que los episodios violentos en la pareja no empiezan ni terminan en un momento específico, sino que forman parte integral de la relación. Sin embargo, la mayoría de los ataques físicos comienzan tras una discusión sobre un tema o una queja. Según estos autores, aproximadamente dos tercios de los episodios siguen esta dinámica. Normalmente la discusión que precede al ataque físico es relativamente corta. En el 54% de los casos la discusión duraba menos de 5 minutos y en el 90% menos de una hora. En el resto de casos, la violencia física comenzó sin que hubiera ninguna forma de intercambio verbal o discusión.

Los temas presentes en estas discusiones se pueden clasificar en varias áreas (Dobash y Dobash, 1984). Los episodios denunciados por las mujeres en el estudio citado estaban motivados por temas de celos o intimidad (entre el 22% y el 31% de los casos), discusiones sobre obligaciones domésticas (entre el 16% y el 37%) y sobre el dinero (entre el

7% y el 17%), principalmente. En el estudio de 1998, estos autores identifican cuatro grandes áreas de conflictos que desembocan en episodios violentos: temas de celos y posesividad; desacuerdos y expectativas sobre el trabajo doméstico o los recursos económicos de la familia; el sentimiento masculino de su derecho a castigar a las mujeres cuando se equivocan o hacen algo “malo”; y la importancia que para los hombres tiene el mantener su autoridad y poder en la relación a toda costa.

1.2.2. Duración y frecuencia de la violencia

Otro aspecto importante en relación con la violencia en la pareja es la cronicidad. Por término medio las mujeres que sufren maltrato permanecen en una situación de violencia en un periodo no inferior a 10 años antes de tomar algún tipo de medida. Esta tardanza se explica por razones económicas (falta de solvencia), sociales (la opinión de los demás), familiares (protección de los hijos) y psicológicas, como por ejemplo la vergüenza, el miedo y la minimización del problema (Rojas Marcos, 1995). En el estudio de Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997), en el que se analizaron el perfil psicológico y las características del maltrato de 42 agresores hacia la pareja, se encontró que en el 40% de los casos la situación de violencia familiar persistía más de 10 años. En muchos casos su inicio se remontaba a la época del noviazgo o al primer año de matrimonio. En ese mismo estudio la violencia no se limitaba exclusivamente a la pareja, sino que en un 31% de los casos se extendía también a los hijos. Un 26% de los agresores (hasta un 39% en el caso de maltratadores físicos) mostraba también conductas violentas fuera del ámbito del hogar (amigos, compañeros de trabajo).

La asiduidad con la que se producen los episodios de maltrato es otro tema de interés. En el mismo estudio de Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) se aprecia una alta frecuencia, con una media de 4 días al mes y una duración media de cada episodio superior a 30 minutos.

1.2.3. Niveles de gravedad

Respecto a la gravedad de la violencia en la pareja, hay que señalar que existen distintos niveles en la misma, y que se trata de un fenómeno muy poco homogéneo. Así, por ejemplo, los femicidios y episodios de violencia física grave son dramáticos pero relativamente infrecuentes (Boira y Marcuello, 2013; Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral y López-Goñi, 2009). Pese a que anualmente fallecen en España entre 50 y 70 mujeres a manos de su parejas (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012), se trata de un fenómeno de una incidencia muy pequeña respecto al total de episodios de violencia contra la pareja. Menos del 1% de las mujeres maltratadas son gravemente heridas o asesinadas por sus parejas o ex-parejas (Websdale, 1999). En cualquier caso, aunque la proporción es mínima, la cifra es importante si se tiene en cuenta las gravísimas consecuencias que acarrea.

La experiencia clínica muestra que no todos los agresores obedecen a un mismo perfil, y que además ofrecen distintos niveles de gravedad. La violencia física puede subdividirse en dos grados: leve-moderada y grave-severa (Cascardi, Avery-Leaf, O'Leary y Slep, 1999). Dentro de la agresión moderada se incluyen conductas como el enfado, el uso de ironía, los gritos o los insultos. La agresión grave incluye conductas como el robo, la lucha, los golpes o el asesinato (Peña, Andreu, Graña, Pahlavan y Ramirez, 2008).

Echeburúa, Fernández-Montalvo y Corral (2008) realizaron un amplio estudio en el que se comparó la violencia grave y la menos grave contra la pareja. Se llevó a cabo una descripción de los 1.081 casos denunciados por violencia contra la mujer en las comisarías de la Ertaintza en la Comunidad Autónoma del País Vasco entre octubre de 2005 y agosto de 2006. Se compararon los casos de violencia grave hacia la pareja (N = 269; 25% de la muestra) con los casos menos graves (N = 812; 75% de la muestra). Los resultados mostraron que existen diferencias importantes en función de la gravedad de la violencia. Existen diferencias significativas en la

nacionalidad, con mayor tasa de violencia grave en los casos de agresores inmigrantes extranjeros (eran el 36% de los casos, frente a un 26% de españoles) y de víctimas inmigrantes extranjeras (32% de los casos, frente al 26% de españolas).

La violencia más grave tiene lugar cuando la pareja está separada o en trámites de separación, cuando el agresor no acepta la separación impuesta por la víctima y cuando hay conductas de acoso en las últimas semanas. El hecho de tener hijos, especialmente cuando supone convivir con hijos procedentes de relaciones anteriores de la víctima, está asociado a los casos más graves de violencia en la pareja. Respecto al tipo de violencia empleada, el desarrollo de conductas violentas graves se relaciona con el ejercicio anterior de violencia física y psicológica o con amenazas previas hacia la pareja. Existe mayor asociación cuando las amenazas, que pueden ser verbales, de muerte o de suicidio, se dan en presencia de otras personas. En relación con el perfil de las víctimas, las que sufren violencia grave tienden a ser más vulnerables por razón de su edad, o situaciones de enfermedad, soledad o dependencia. El consumo de sustancias es más frecuente en víctimas de violencia grave.

Dada la importancia de discriminar entre violencia grave y violencia menos grave, se han desarrollado diferentes escalas o cuestionarios de evaluación, con el propósito de ayudar a establecer el nivel de probabilidad de riesgo y actuar como predictores de futuros episodios de violencia contra la pareja. El Danger Assessment (Campbell, 1995) o el Spousal Assault Risk Assessment (SARA) (Kropp, Hart, Webster y Eaves, 1999; Kropp y Hart, 2000) son algunos ejemplos. En España se ha desarrollado la Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave Contra la Pareja (EPV) o Severe Intimate Violence Partner Risk Prediction Scale (SIVIPAS), herramienta adecuada para los profesionales de la justicia penal, diseñada para su uso en la planificación de la seguridad y en la prevención de futuros episodios violentos en el ámbito de la pareja (Echeburúa, Fernández-Montalvo, et al., 2009). Una revisión posterior dio lugar a una nueva escala para valorar el riesgo, denominada Escala de Predicción del Riesgo de Violencia Grave

Contra la Pareja Revisada (EPV-R) (Echeburúa, Amor, Loinaz y Corral, 2010).

1.2.4. Prevalencia de la violencia de pareja

Diferentes estudios indican que la cifra de mujeres que han sufrido alguna vez en su vida violencia dentro de la pareja es alta. Se trata de un fenómeno que afecta al menos al 3,6% - 9,6% de las mujeres mayores de 18 años en España (Echeburúa, Fernández-Montalvo, et al., 2009). Un informe del Ministerio de Asuntos Sociales refleja que en torno al 4% de las mujeres españolas son víctimas de maltrato habitual, aunque el 16,5% de la población femenina adulta confiesa haber sido víctima de maltrato alguna vez en su vida (Echeburúa, Corral, Fernández-Montalvo y Amor, 2004). La Asociación Médica Americana establecía ya hace años en un 25% la proporción de mujeres que han sido víctimas de maltrato doméstico al menos una vez en su vida (Echeburúa y Corral, 1998). Otros estudios de Estados Unidos parecen confirmar estos datos, estableciendo entre el 15% y el 30% las mujeres víctimas de violencia de género (Goldman et al., 1995; Straus y Gelles, 1990). En un estudio realizado en centros de atención primaria de todas las comunidades autónomas de España en 2006 y 2007, el 24,8% de las mujeres refirieron haber sido maltratadas por su pareja alguna vez en la vida (Ruiz-Pérez et al., 2010). En otros ámbitos distintos las cifras parecen tener la misma tendencia. Así, en un estudio realizado en una zona rural de Etiopía el 19,6% de las mujeres informaron haber sufrido alguna vez violencia de pareja (Shanko, Wolday, Assefa y Aro, 2013). En el 70,3% de los casos el agresor era el marido, y en el 81,1% de los casos no se informó ni denunció el hecho. Respecto a la población más joven, las tasas de violencia en la pareja en la población universitaria oscilan entre el 20% y el 50% (Nabors, 2010).

Una completa revisión sistemática realizada a partir de 26 bases de datos de ciencias médicas y sociales ha valorado 141 estudios realizados en 81 países, todos ellos acerca de la prevalencia global de la violencia contra la pareja (Devries et al., 2013). Los resultados indican que, en 2010, el

30,0% de las mujeres de 15 ó más años en el mundo había sufrido alguna vez en su vida violencia física y/o sexual por parte de su pareja. Existe una gran variabilidad regional, por lo que en dicho estudio se agrupan los países en 21 regiones. La mayor prevalencia de violencia en la pareja se da en el África Subsahariana Central (65,6% de las mujeres la han sufrido), y en el polo opuesto se encuentra Asia Oriental (16,3%). Los valores medios en Europa Occidental son del 19,3%, y en Norteamérica del 21,3%.

Si se tienen en cuenta los distintos tipos de violencia, aparece un tipo de violencia, difícil de detectar, como el más prevalente: la violencia psicológica. Dos estudios publicados en España en 2003 y 2007 y referidos a población general muestran que las tasas de prevalencia de violencia contra la pareja en mujeres oscilan entre el 42,5% y el 72% en violencia psicológica, entre el 8% y el 18% en agresiones físicas y entre el 11,5% y el 30,1% en abusos sexuales. Entre el 4,3% y el 5,8% de mujeres sufrieron lesiones (Calvete, Corral, et al., 2007; Medina-Ariza y Barberet, 2003). En un estudio reciente referido a Turquía (Gulec et al., 2012), realizado con una muestra estratificada compuesta por 306 mujeres adultas, los datos indican prevalencias del 54,5% de violencia psicológica, el 30,4% de violencia física y el 6,3% de violencia sexual, mientras que el 19,3% de las mujeres adultas padecieron violencia económica.

Existen estudios que centran su atención en la prevalencia de la violencia contra la pareja en pacientes psiquiátricos. En uno de ellos (Chang et al., 2011), llevado a cabo con 524 pacientes psiquiátricos, se encontró que más de la mitad (51%) había sufrido algún tipo de violencia de pareja, siendo esta cifra casi el doble en mujeres (63%) que en hombres (32%). Había ejercido violencia contra la pareja el 27% de la muestra (33% de las mujeres y 16% de los hombres). En otro estudio (Oram, Trevillion, Feder y Howard, 2013) se realiza una revisión sistemática en la que se recogen 42 investigaciones. La prevalencia media de pacientes psiquiátricos víctimas de violencia por parte de sus parejas fue de entre el 30% y el 33% en mujeres y del 32% en hombres. Por otro lado, en el estudio de Rhodes et al. (2009) se señala que los hombres que tienen violencia recíproca en la pareja

presentan frecuencias más altas y síntomas más adversos de problemas de salud mental.

Un asunto importante es la percepción de las mujeres maltratadas acerca de su situación. Hay un alto porcentaje de mujeres, entre el 34% y el 70% de quienes sufren violencia de pareja, que no se consideran maltratadas. Por cada mujer que se siente maltratada hay aproximadamente dos que sienten miedo en la relación de pareja, y cuatro que sienten que no pueden romper o dejar la relación (Rodríguez-Franco et al., 2012).

1.2.5. Violencia de la mujer hacia el hombre

Aunque en la mayor parte de estudios se hace referencia a la mujer como víctima y al hombre como agresor, se dispone cada vez de más datos y estudios que hablan de la violencia de la mujer hacia el hombre en la pareja (Dixon et al., 2012). Estos casos tienen dos características específicas. Primero, su aparición se da en forma de insultos, humillaciones o desvalorizaciones, más que de agresiones físicas. Aparecen sobre todo en situaciones en las que el rol laboral o social del hombre es inferior al de la mujer, o cuando ésta es mucho más joven que el hombre y plantea unos altos niveles de exigencia hacia su pareja. En segundo lugar, cuando se manifiesta en forma de agresiones físicas de la mujer hacia el hombre, tradicionalmente se ha entendido que se da como respuesta a malos tratos repetidos del hombre hacia la mujer, o se trata de casos extremos de defensa propia o situaciones de miedo insuperable en la que estalla la violencia como consecuencia de la ira reprimida durante largo tiempo (Torres y Espada, 1996). Frente a esta conceptualización de la violencia de la mujer hacia el hombre, un reciente estudio señala que son otros los motivos que la generan. Al explorar las motivaciones para la comisión de agresión física leve y grave, y para tres tipos de abuso emocional (inmersión restrictiva, denigración y dominio/intimidación) entre las mujeres universitarias, se encontró que las principales razones para ejercer violencia contra sus parejas eran la ira, la represalia por daño emocional,

querer llamar la atención de la pareja, los celos y el estrés (Leisring, 2013). Los hallazgos de otra investigación llevada a cabo con mujeres universitarias indican que la agresión psicológica hacia sus parejas puede funcionar como un mecanismo de autorregulación emocional (Shorey et al., 2012).

Los datos de prevalencia y tipo de violencia de la mujer hacia el hombre no son muy concluyentes, ya que existen muchas diferencias entre los diferentes estudios. Estudios más antiguos hablan de que sólo un 5% de las conductas violentas en la pareja tienen al hombre como víctima (Pagelow, 1992), o de tasas cinco veces más altas de mujeres víctimas frente a hombres que sufren la violencia en la pareja en los Estados Unidos (Rennison y Welchans, 2000). Otros estudios norteamericanos sugieren que los hombres y las mujeres son igualmente violentos en las relaciones de pareja (Straus, 1999). En otros (Archer, 2000) se ha encontrado que las mujeres tienen incluso más probabilidad de utilizar la agresión física y de recurrir a la violencia que los hombres, aunque el tipo de violencia utilizada es más grave en el caso de los hombres que en el de las mujeres. Mientras que ellas llevan a cabo agresiones como arrojar objetos a la pareja, abofetear, dar patadas, morder o golpear con un objeto, los hombres son más propensos que las mujeres a agresiones más graves, como dar una paliza o intentar asfixiar o estrangular (Archer, 2002). Existen muchas diferencias, según ambos estudios, entre las mujeres jóvenes en la época de noviazgo y las mujeres casadas y con un tiempo largo de relación. Las primeras utilizan la violencia física de modo significativamente mayor que las segundas.

En otros estudios realizados en Brasil (Zaleski et al., 2010), Suecia (Lovestad y Krantz, 2012) y Estados Unidos (Cho, 2012) se ha llegado a parecidas conclusiones respecto a la violencia de la mujer hacia el hombre como conducta prevalente que debe ser tenida en cuenta en el estudio de la violencia de pareja.

En un estudio norteamericano realizado con pacientes varones en un dispositivo de atención médica no urgente (Rhodes et al., 2009), se exploró

la prevalencia de violencia contra la pareja. El 37% afirmó haber participado en episodios de violencia de pareja, estando distribuido del siguiente modo: el 20% había sido sólo víctima, el 6% sólo agresor, y el 11% restante había tenido violencia de pareja recíproca o bidireccional.

En otro estudio de reciente publicación realizado en Estados Unidos entre 600 mujeres jóvenes (15 - 24 años) que acudieron a un dispositivo de salud reproductiva se ofrecen datos sobre violencia física en el último año. El 34% de las mujeres había participado en algún episodio de violencia física en ese plazo. Mientras que el 3% de las mujeres señalaba haber sido "sólo víctima", el 12% se identificaba como "autora o agresora sólo", y el 19% señalaban haber participado en "violencia bidireccional". Episodios con violencia bidireccional o mutua fueron más frecuentes que aquellos con un autor y una víctima en un sentido único, en cuyo caso la frecuencia de la mujer "sólo agresora" es mayor que la de "sólo víctima" (Palmetto, Davidson, Breitbart y Rickert, 2013).

En un estudio realizado en Holanda con 372 hombres víctimas de violencia doméstica, se encontró que sólo el 32% había hablado con la policía, y sólo el 15% informó oficialmente de ello. Señalaban que la razón más importante para no hacerlo era la creencia de que la policía no tomaría ninguna medida (Drijber, Reijnders y Ceelen, 2013).

Algo parecido ocurre en un estudio llevado a cabo en Portugal, donde sólo el 11,5% de los casos de violencia en la pareja registrados por el Instituto de Medicina Legal correspondían a hombres como víctimas (Carmo, Grams y Magalhaes, 2011). En dicho estudio se concluye que la cifra real de hombres víctimas debe de ser mucho mayor, debido a que los hombres tienden a no informar y a esconder su condición de víctimas, y debido también a que las heridas en este caso suelen ser menores, ya que predomina en el caso de mujeres abusadoras el abuso psicológico y la violencia física menor. Los tipos de agresión física más comunes eran los arañazos (18,9%), los golpes (16,7%) y el impacto con un objeto cortante (16,6%).

Parece pues razonable contemplar la violencia de la mujer hacia el hombre como un fenómeno al menos tan relevante como la tradicional concepción de la violencia del hombre hacia la mujer. Existe además evidencia de que bastantes de los rasgos estudiados en los varones que agreden a sus parejas pueden aplicarse a las mujeres agresoras (Carney et al., 2007). En este sentido, cuando se habla de violencia de pareja resulta recomendable contemplar la misma en ambas direcciones, tanto del hombre a la mujer como de la mujer al hombre, en oposición al tratamiento clásico del fenómeno, cuyos actores sólo eran el hombre maltratador y la mujer víctima (Dutton, 2012).

Como se ha señalado, existen características diferenciales entre la violencia hacia la pareja por parte del hombre y por parte de la mujer. Las mujeres tienden a utilizar la violencia física como consecuencia de no ser capaces de llamar la atención de la pareja, en legítima defensa o como represalia, mientras que los hombres a menudo la utilizan como un medio para ejercer un control coercitivo (Nybergh, Taft y Krantz, 2012). Teniendo esto en cuenta, parece importante investigar si los instrumentos que se han desarrollado para evaluar la violencia de pareja hacia las mujeres por parte de los hombres en las relaciones heterosexuales son adecuados para evaluarla cuando la víctima es el hombre. Un estudio realizado en Suecia, en el que se ponen a prueba las propiedades psicométricas del instrumento WHO Violence Against Women, diseñado para mujeres víctimas, aplicándolo a hombres víctimas de violencia de pareja, corrobora esta necesidad de diferenciar y ajustar en la evaluación en función del sexo de la persona agresora y de la agredida (Nybergh et al., 2012).

1.2.6. Efectos de la violencia según el género

En un estudio realizado a partir de una revisión bibliográfica (Caldwell, Swan y Woodbrown, 2012) se sugiere que los efectos negativos de la violencia contra la pareja no se distribuyen equitativamente por género, según quién sea la víctima. Los trabajos revisados en él indican que las mujeres sufren de manera desproporcionada este tipo de violencia,

especialmente en términos de lesiones, miedo y estrés postraumático. En un estudio realizado con adolescentes italianos, se evaluó la incidencia y los efectos de la violencia en la pareja en la salud mental. El 43,7% de las chicas adolescentes y el 34,8% de los varones habían sufrido alguna forma de violencia en la pareja. Las chicas habían sufrido más violencia de tipo psicológico y sexual que los chicos, no existiendo diferencias entre sexos en la violencia física. Las chicas expuestas a violencia de pareja presentaban niveles significativamente más altos de depresión, ataques de pánico, problemas de alimentación e ideación suicida. Por su parte, los adolescentes varones presentaban niveles más altos de problemas de alimentación (Romito, Beltramini y Escriba-Aguir, 2013).

1.2.7. Violencia en parejas homosexuales y bisexuales

Respecto a la violencia de pareja en parejas de hombres homosexuales, existe poca literatura al respecto. Una reciente revisión sistemática ha sido realizada por Finneran y Stephenson (2013), a partir de estudios llevados a cabo con hombres estadounidenses que tienen sexo con otros hombres. En ella se indica que todos los tipos de violencia hacia la pareja ocurren en parejas de hombres homosexuales con tasas similares o incluso superiores a los documentados en parejas heterosexuales, aunque los datos todavía son escasos. Se indica que las limitaciones encontradas al revisar los estudios incluyen la falta de una definición estandarizada y validada de la violencia de pareja en parejas homosexuales, y la falta de atención a las formas no físicas y no sexuales de la violencia en la pareja.

En otro estudio, realizado por Goldberg y Meyer (2013) en California, se concluye que la prevalencia de violencia contra la pareja es mayor en las minorías sexuales que en la población heterosexual. Se encontraron diferencias significativas en mujeres bisexuales (cuando llevaban a cabo una relación con hombres) y en hombres homosexuales, presentando ambos grupos mayor violencia contra la pareja que el de heterosexuales.

En este sentido, una nueva escala creada para medir la violencia contra la pareja en hombres homosexuales y bisexuales ha sido presentada en un reciente estudio norteamericano (Stephenson y Finneran, 2013).

1.2.8. Modelos y teorías sobre la violencia de pareja

Respecto al origen y etiología de la violencia contra la pareja, existen diferentes grupos de teorías que intentan dar una explicación a la misma (Rothman, Butchart y Cerdá, 2003). Cada una de ellas aporta un punto o enfoque en particular, complementario al resto de teorías.

Las *teorías del aprendizaje social* (Bandura, 1977) defienden que la violencia se transmite como una conducta aprendida de una generación a otra. Según ellas, la exposición a, o la observación de, conductas violentas en la familia da origen a creencias, ideas y normas que facilitan la agresión en la adultez (Corvo y Johnson, 2013). Los antecedentes de agresión en la familia de origen son predictores de violencia en la pareja con posterioridad (Fritz, Slep y O'Leary, 2012). Algunos grupos de teorías enfatizan aspectos sociales y comunitarios como correlatos básicos a tener en cuenta en la investigación de este fenómeno (VanderEnde, Yount, Dynes y Sibley, 2012).

Frente a ellas, existen teorías que defienden *factores biológicos* para explicar la etiología y la transmisión intergeneracional de la violencia contra la pareja (Barnes, TenEyck, Boutwell y Beaver, 2013). La perspectiva biológica se centra en las causas genéticas, congénitas y orgánicas de la conducta. Por lo tanto, pone el acento en el papel de la etología, los defectos genéticos, las lesiones cerebrales, la neuropatología, las infecciones cerebrales y enfermedades médicas que afectan el cerebro y los cambios estructurales o funcionales cerebrales secundarios a traumatismos, a la hora de explicar el desarrollo de las conductas violentas y agresivas (Ali y Naylor, 2013).

Las *teorías feministas* postulan la idea de que el rol dominante del varón en la sociedad condiciona las conductas en la relación interpersonal,

entre ellas las conductas violentas, que son una forma de poder y de control (Corvo y Johnson, 2003). La construcción de la masculinidad tiene, según ellas, relación directa con las conductas agresivas (Peralta, Tuttle y Steele, 2010). En una revisión bibliográfica sobre el tema se propone que, debido a factores culturales que generalmente atribuyen un estatus más alto al género masculino, y a la diferencia entre sexos en la constitución física, con un mayor tamaño y fuerza física de los hombres en comparación con las mujeres, las mujeres son más propensas que los hombres a sufrir situaciones de desigualdad o a experimentar consecuencias más graves en los casos de violencia en la pareja (Caldwell et al., 2012).

Las *teorías psicológicas y psicosociales* examinan los factores de riesgo psicológicos, psiquiátricos, comportamentales y sociales a la hora de entender y tratar la violencia en la pareja. Entienden la violencia en la pareja como la consecuencia de conflictos en la relación, en los que las personas implicadas tienen dificultades para afrontarlos de modo adecuado. Exploran el papel de diversos problemas psicológicos y psiquiátricos, tales como trastornos psicopatológicos, trastornos de personalidad, las necesidades de apego, la ira/hostilidad, el abuso de alcohol y otras sustancias, la baja autoestima, habilidades individuales como la asertividad excesiva o débil, las dificultades en la comunicación y la carencia de habilidades para resolver problemas (Ali y Naylor, 2013). Parten de una concepción simétrica del género, frente a las teorías feministas, que hablan de *asimetría de género*. Por ejemplo, una de ellas es la teoría que afirma que el estrés es una causa precipitante de este tipo de violencia (Jewkes, 2002).

En la misma línea, los *modelos ecológicos* conceptualizan la violencia como un fenómeno multifacético basado en una interacción entre factores personales, situacionales y socioculturales (Heise, 1998).

No existe una sola teoría que por sí sola explique totalmente el fenómeno de la violencia en la pareja. Sin embargo, tanto las perspectivas biológicas como las psicológicas contribuyen a la comprensión del mismo (Ali y Naylor, 2013). Algunos estudios defienden las teorías psicológicas y

sociales como las más acertadas a la hora de entender las conductas violentas en la pareja (Corvo y Johnson, 2013), especialmente frente a las teorías feministas. Sin embargo, en otros casos existen resultados que tienden a apoyar más el concepto de asimetría de género defendido por estas últimas (Gerstenberger y Williams, 2013). No existen resultados concluyentes, y por lo tanto permanece abierto el debate respecto a la explicación teórica de este fenómeno, máxime al tratarse de un tema delicado, cargado de matices y diferentes sensibilidades. En cualquier caso, un análisis exhaustivo de los modelos etiológicos va más allá del interés y objeto del presente trabajo.

1.3. TIPOS DE VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA

1.3.1. Tipos de maltrato

Siguiendo una clasificación que tiene en cuenta el tipo de conducta llevada a cabo, dentro de la violencia en la pareja se pueden distinguir tres formas principales de maltrato, pudiendo manifestarse aislada o conjuntamente (Labrador, Rincón, De Luis y Fernández-Velasco, 2004):

- **Maltrato físico.** Se ejercen conductas de abuso físico: puñetazos, golpes, patadas, estrangulamientos, etc.
- **Maltrato psicológico.** Incluye actitudes de hostilidad, desvalorización y/o indiferencia. En él son frecuentes insultos, desvalorizaciones (críticas, humillaciones), posturas y gestos amenazantes (amenazas de violencia y/o de suicidio, de llevarse a los hijos), conductas de restricción (control de amistades, limitación del dinero, control de salidas de casa), conductas destructivas (rotura de objetos de valor físico o afectivo, maltrato de animales domésticos), y culpabilización a la otra persona de las propias conductas violentas (Caño, 1995).
- **Maltrato sexual.** Se refiere al establecimiento forzoso de relaciones sexuales, sin la más mínima contrapartida afectiva, o a la imposición de conductas percibidas como degradantes por la víctima (Corsi, 1995).

El Consejo de Europa propuso una clasificación de la violencia de pareja en 6 tipos: física, sexual, psicológica, económica, estructural y espiritual (Instituto de la Mujer, 2006).

En un estudio microlongitudinal llevado a cabo con mujeres se describe la relación entre las distintas formas de violencia en la pareja (Sullivan, McPartland, Armeli, Jaquier y Tennen, 2012). En él se concluye que existe una fuerte asociación entre agresión física y agresión psicológica. Es 64 veces más probable que ocurra una agresión física cuando a su vez ya existe violencia psicológica. Sin embargo, la asociación entre agresión física y agresión sexual es mucho menor.

1.3.2. Violencia expresiva e instrumental

La conducta violenta contra la pareja puede manifestarse de dos formas. La primera de ellas es la **violencia expresiva**, que es una conducta agresiva motivada por sentimientos de ira y que refleja dificultades en el control de los impulsos o en la expresión de los afectos. Suele aparecer en forma de arrebatos impulsivos, tras el cual es frecuente el arrepentimiento espontáneo. La segunda manera de conducta es la **violencia instrumental**, en la cual la conducta agresiva es planificada. Este segundo tipo conlleva un grado profundo de insatisfacción y no genera sentimientos de culpa (Echeburúa y Corral, 1998).

Durante muchos años se ha considerado la mayoría de agresiones en la pareja como violencia expresiva. Aparentemente se trataba de meras expresiones de rabia que no tenían finalidad concreta. Ya en 1939 un grupo de investigadores de la Universidad de Yale proponían esta teoría en su libro *Frustration and Aggression* (Dollard, Miller, Dood, Mowrer y Sears, 1939). Argumentaban que toda conducta agresiva era la respuesta a una frustración. Leonard Berkowitz (1993), sin embargo, señala que hay un conjunto de conductas agresivas que pueden considerarse instrumentales. Explica lo que denomina agresión emocional. La agresión emocional surge como respuesta a eventos desagradables, que generan un estado emocional negativo en la persona. Estos sentimientos negativos se traducen automáticamente en una serie de reacciones motoras, sentimientos, pensamientos y recuerdos. Algunas de estas reacciones están asociadas con

lo que él denomina tendencia de combate, es decir, con la inclinación de atacar a alguien, mientras que otras están asociadas con tendencias de escape, es decir, con la inclinación a evitar las situaciones dolorosas. La fuerza de estas tendencias estaría determinada, según él, por factores de tipo biológico, de aprendizaje y situacionales (Berkowitz, 1993).

En una investigación más reciente (Peña et al., 2008) se analizan las justificaciones de la agresión interpersonal en distintos contextos. El trabajo distingue entre situaciones reactivas o emocionales, que surgen como defensa ante lo que se percibe como un ataque, y situaciones instrumentales, en las que la reacción se justifica como medio para conseguir un determinado fin (como por ejemplo la dominación del otro, el incremento de la autoestima o la progresión social). Diferencia entre agresión moderada, que incluye el enfado, la ironía, los gritos o los insultos, y agresión grave, en la que se da el robo, la lucha o el asesinato. Señala esta investigación que existe una tendencia tanto en hombres como en mujeres a justificar la violencia en situaciones reactivas, en las que el agresor se ha sentido atacado. En ese caso se da la creencia de que es normal reaccionar de forma violenta, lo cual contribuye directamente al aumento de la agresión, ya sea verbal o física. Por otro lado, los hombres muestran mayores niveles de justificación de la agresión grave, además de percibir el uso de la violencia como un elemento instrumental, que sirve para resolver problemas. Las mujeres, por el contrario, tienden a ver la agresión como reacción ante una situación determinada, como forma de defensa o como una pérdida de control momentánea.

Sin embargo, para otros autores, la violencia expresiva simplemente no existe (Tedeschi y Felson, 1994). Toda acción coercitiva, por impulsiva que parezca, implica una serie de decisiones. El actor debe decidir si responderá coercitivamente o de otra manera, y si lo hace coercitivamente, debe decidir con qué tipo de coerción, con qué magnitud, cuándo y cómo hacerlo. Utilizan el concepto de violencia como conducta programada que sigue un guión. Conciben los guiones como esquemas aprendidos que sirven para organizar la información y que condicionan la manera en que los diversos sujetos responden a determinados estímulos. En este sentido, se

ha sugerido que en situaciones de conflicto continuado, como el caso de la violencia contra la pareja, los repertorios de respuestas conductuales pueden hacerse más limitados con el paso del tiempo, y determinados ejemplos de conductas programadas pueden estabilizarse como la única manera de responder a estos conflictos (Loeber y Stouthamer-Loeber, 1998).

En un estudio reciente se analiza la percepción que se tiene de las agresiones física y psicológica, en función de la persona a quien se pregunta (Williams, Richardson, Hammock y Janit, 2012). Cuando se pregunta a observadores o terceras personas, estos valoran la agresión física como más seria, dañina, abusiva y merecedora de castigo que la agresión psicológica. También perciben la agresión realizada por varones como más seria que la que realizan las mujeres, y más grave si ésta se da dentro de una relación estable que si se da en relaciones casuales. Sin embargo, al preguntar a las víctimas, éstas perciben la agresión psicológica como más dañina y de efectos más duraderos que la física. Los autores del estudio sugieren que debe tenerse en cuenta esta disparidad entre la percepción de las víctimas y de terceras personas, por ejemplo a la hora de plantear las intervenciones profesionales desde la salud mental.

1.4. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

Cada vez es mayor el intento por conocer qué factores de riesgo y qué factores de protección existen en el desarrollo de las conductas violentas contra la pareja.

Los factores de riesgo son aquellos factores, variables o condiciones que incrementan la probabilidad de que se dé una conducta no deseada o de riesgo, en este caso la violencia contra la pareja. Cuanto más presentes estén, tanto en número como en intensidad, más probable es que pueda aparecer dicha conducta. Por su parte, los factores de protección son factores, variables o condiciones cuya presencia disminuye la probabilidad de que aparezcan dichas conductas (Arteaga, 2008). En ambos casos, se

trata de un modelo correlacional (Trevillion, Oram, Feder y Howard, 2012), que intenta comprender qué aspectos influyen en la aparición de la conducta problemática, en este caso la violencia hacia la pareja.

1.4.1. La exposición a violencia en la infancia y/o adolescencia

Numerosos estudios han verificado la existencia de una relación entre haber sido víctima de maltrato, abuso o abandono en la infancia y el comportamiento delictivo durante la vida adulta (Maxfield y Widom, 1996). Algunos estudios han tratado de determinar si esta relación se da en el caso de la violencia hacia la pareja. En una revisión de la bibliografía existente, Sugarman y Hotaling (1989) concluían que haber sido testigo de violencia en la familia de origen durante la infancia o adolescencia era un factor de riesgo de violencia hacia la pareja. En una revisión posterior (Holtzworth-Munroe, Bates, Smutzler y Sandin, 1997) se concluye que, con pocas excepciones, la investigación en este campo ha demostrado que la violencia en la familia de origen constituye un factor de riesgo de violencia hacia la pareja.

En un estudio realizado en Estados Unidos (McKinney, Caetano, Ramisetty-Mikler y Nelson, 2009) se aporta nueva evidencia de que la violencia infantil familiar se asocia con un mayor riesgo de violencia contra la pareja, tanto recíproca como no recíproca. Se encontró que los hombres que habían experimentado abuso físico en la infancia tenían mayor riesgo de ejercer violencia no recíproca hacia su pareja femenina. Una infancia en niños varones con una historia de abuso físico grave o de ser testigos de violencia interpersonal se asoció con un riesgo dos veces mayor de violencia recíproca en la pareja. Las mujeres que fueron testigos de amenazas de violencia o de violencia física entre los padres en la infancia tenían un mayor riesgo de violencia no recíproca hacia su pareja masculina. Las mujeres expuestas a cualquier tipo de violencia familiar en su infancia eran casi 2 veces más propensas a participar en violencia recíproca en la pareja.

Parecidas conclusiones se obtienen en un reciente estudio longitudinal llevado a cabo con 5.377 niños que fueron seguidos a lo largo de 16 años (Millett, Kohl, Jonson-Reid, Drake y Petra, 2013). Dicho estudio encontró que las tasas de violencia ejercida contra la pareja eran mayores en quienes habían sido maltratados en la infancia respecto a quienes no habían sufrido maltrato, y que eran mayores en los hombres que en las mujeres maltratadas en la infancia. Por lo tanto, parece adecuado tener en cuenta este factor en la evaluación de la violencia en la pareja, así como en el desarrollo de los programas tanto de prevención como de tratamiento de la misma (Fritz et al., 2012; McKinney et al., 2009; Millett et al., 2013).

Asimismo, hay cierta evidencia sobre la existencia de un vínculo entre la exposición a la violencia familiar de origen y la perpetración de la violencia en las relaciones de pareja en la adolescencia. En el caso de las chicas adolescentes, se observa una asociación entre la exposición a la violencia entre los padres (tanto del padre a la madre como de la madre al padre) y la comisión de violencia hacia su pareja (violencia física y abuso psicológico). Para los varones adolescentes, sólo se ha identificado asociación entre la violencia de la madre hacia el padre y la posterior perpetración de violencia hacia su pareja adolescente. Además, tanto para los chicos como para las chicas, se ha encontrado que la relación entre la violencia de la madre al padre y la perpetración de violencia hacia la pareja en la adolescencia está completamente mediada por actitudes que aceptan la violencia (Temple, Shorey, Tortolero, Wolfe y Stuart, 2013).

También se ha encontrado una relación entre haber sido víctima de violencia por parte de la pareja en la adolescencia y la participación en relaciones de pareja con violencia en la edad adulta, tanto en la faceta de agresor como de víctima (Cui, Gordon, Ueno y Fincham, 2013). Las mujeres que sufrieron violencia en la adolescencia presentaron mayores niveles de comisión y niveles más bajos de victimización en la edad adulta, en comparación con los hombres que habían sido víctimas en la adolescencia. En esta población, la convivencia en las relaciones en la edad adulta

aumentaba la probabilidad de que se diera la violencia en la pareja, en comparación con las parejas en las que la relación no incluía vivir juntos.

1.4.2. Otros factores de riesgo

En Estados Unidos se ha estudiado la raza de los miembros de la pareja y el nivel de convivencia como posibles aspectos a considerar. Se ha mostrado que existe un mayor nivel de violencia hacia la pareja en ambos sentidos cuando los miembros de la pareja son de distinta raza o de la misma raza si ésta es negra, que en parejas monorraciales blancas, y cuando la pareja convive más que cuando viven separados (Martin y Bryant, 2001).

En un estudio realizado en Suecia (Lovestad y Krantz, 2012) se identifica como factor de riesgo de la violencia de la mujer hacia el hombre una duración de la relación igual o menor de tres años. En el caso de la violencia del hombre hacia la mujer, son factores de riesgo la edad joven, la ausencia de apoyo social y estar solteros.

En otro estudio reciente desarrollado en Turquía (Gulec et al., 2012) se identifican como factores de riesgo los matrimonios de conveniencia y los matrimonios en contra del criterio de los padres, los antecedentes de violencia contra la mujer en la familia del hombre, la presencia de antecedentes de violencia en la infancia del hombre, y el deterioro de la relación de pareja. Por su parte, la disminución de los ingresos familiares aumenta específicamente el riesgo de violencia económica, y el escaso apoyo social incrementa la probabilidad de violencia sexual contra la mujer. En el mismo estudio se señala que la mayor edad del marido y la mayor duración del matrimonio tienen un efecto protector respecto a la violencia contra la pareja (Martin et al., 2013).

En un estudio norteamericano con maltratadores varones se identificaron como factores de riesgo el juego patológico y los problemas con el juego. Los hombres con juego patológico tienen mayor probabilidad

de ser bebedores de riesgo, y los bebedores de riesgo mayor probabilidad de presentar juego patológico. Los resultados indican que la conducta de juego sólo es predictor de la agresión sexual, y no así de otros tipos de violencia (Brasfield et al., 2012). En un estudio reciente llevado a cabo en nuestro país se ha identificado el juego patológico de la mujer como factor asociado a la violencia de pareja (Echeburúa, González-Ortega, Corral y Polo-López, 2013): el 68,6% de las mujeres con problemas de juego patológico han sido víctimas de violencia de pareja, presentando una enorme diferencia respecto al 9,8% de violencia sufrida por parte de las mujeres sin problemas de juego. Aunque no es posible establecer una relación de causalidad entre ambos fenómenos, se apunta a la conveniencia de prevenir los problemas de juego patológicos como modo de reducir la violencia de pareja.

Se ha encontrado que los sesgos perceptuales en los procesos de cognición social, tales como la precisión empática, el reconocimiento facial de los afectos o la atribución de la ira tienen influencia en la violencia contra la pareja, actuando como factores de riesgo de la misma (Clements y Schumacher, 2010).

Distintos estudios están investigando las características diferenciales de la violencia en la pareja, según quién sea el agresor o la víctima, el hombre o la mujer. Así, en un estudio reciente realizado con 502 parejas, se analiza la relación entre el consumo de alcohol, las creencias normativas acerca de la violencia en la pareja y el desarrollo de la propia violencia, teniendo en cuenta el sexo. Los resultados revelan que las creencias normativas acerca de la violencia de pareja tanto en los hombres como en las mujeres se relacionan positivamente con la violencia de pareja del hombre hacia la mujer. Creencias normativas en la mujer acerca de la violencia contra la pareja se asocian con la violencia de pareja de la mujer hacia el hombre. Por otro lado, niveles altos de impulsividad de ambos miembros de la pareja se asocian directamente con la violencia de pareja de hombre a mujer y de mujer a hombre. La frecuencia de intoxicación de alcohol del hombre media la asociación entre el nivel de impulsividad y la violencia de pareja del hombre hacia la mujer. Por último, experiencias

adversas de la infancia en la mujer se asocian directamente con la violencia de pareja hombre a mujer (Ames, Cunradi, Duke, Todd y Chen, 2013).

En un trabajo sobre predictores de violencia física hacia la pareja en mujeres jóvenes (Palmetto et al., 2013) se distingue entre haber tenido episodios sólo como víctima, episodios sólo como autora de la violencia o episodios bidireccionales de violencia mutua. En los tres casos aparecen como factores de riesgo significativos la edad más joven (hasta 18 años), haber sufrido abusos sexuales en la infancia, haber sido testigo de violencia de pareja parental, y el tiempo de relación (superior a 6 meses). Ser mujer de raza negra aparece como un predictor de violencia en la pareja como agresora o bidireccional, pero no como víctima. Y tener dos o más hijos es un predictor de violencia bidireccional o ser sólo víctima, pero no de ser la autora de la violencia.

1.4.3. Una revisión de estudios

Una exhaustiva revisión de los factores de riesgo y de protección estudiados en la violencia contra la pareja en población hispana ha sido publicada en 2013 (Cummings, Gonzalez-Guarda y Sandoval, 2013). En ella se revisan 29 estudios que describen dichos factores en el caso de agresores contra la pareja y/o de víctimas de dicha violencia. Se distinguen factores de riesgo y de protección tanto en el caso de violencia en la pareja del hombre hacia la mujer como de la mujer hacia el hombre. A continuación se describen con detalle los resultados obtenidos tanto en dicha revisión como en otros estudios que identifican ambos tipos de factores.

1.4.3.1. Factores de riesgo en la violencia de pareja del hombre a la mujer

Agrupando los resultados de los estudios revisados, aparecen distintos predictores o factores de riesgo para la violencia de pareja del hombre a la mujer. Entre ellos se encuentran:

- Estar casados (Fife, Ebersole, Bigatti, Lane y Huber, 2008).
- Convivir con la pareja (Fife et al., 2008).
- Tener una relación de pareja conflictiva (Aldarondo, Kantor y Jasinski, 2002; Gonzalez-Guarda, Ortega, Vasquez y De Santis, 2010).
- Problemas o falta de recursos económicos (Aldarondo et al., 2002; Gonzalez-Guarda et al., 2010).
- Conflictos familiares (Bell, Harford, Fuchs, McCarroll y Schwartz, 2006).
- Tener un padre o madre residiendo en el hogar (Fife et al., 2008).
- Tener bajos ingresos familiares (Cunradi, Caetano, Clark y Schafer, 2000; Cunradi, Caetano y Schafer, 2002) o de menos de 20.000 dólares anuales (Caetano, Cunradi, Clark y Schafer, 2000).
- Ser inmigrantes (Gonzalez-Guarda et al., 2010).
- Haber experimentado violencia en la infancia o en la familia de origen (Aldarondo et al., 2002; Caetano, Schafer, Clark, Cunradi y Raspberry, 2000; Castro, Peek-Asa, Garcia, Ruiz y Kraus, 2003; Gonzalez-Guarda et al., 2010).
- Presencia de niños en el hogar (Denham et al., 2007).
- Falta de apoyo social (Denham et al., 2007).
- Existencia de violencia de la mujer hacia el hombre con anterioridad (Field y Caetano, 2003).
- Soledad (Gonzalez-Guarda et al., 2010).
- Arraigo de factores culturales como la sumisión sexual de las mujeres y la infidelidad de los hombres (Moreno, 2007).

Asimismo, una alta densidad de puntos de venta de alcohol (bares y tiendas dispensadoras) está relacionada con una mayor probabilidad de

violencia física del hombre a la mujer, pero no así de violencia sexual (Waller et al., 2013).

Factores de riesgo del hombre violento en la pareja

En lo que respecta al perfil del hombre violento hacia su pareja, se han descrito como factores de riesgo:

- Tener un alto nivel de impulsividad (Caetano, Cunradi, et al., 2000; Caetano, Ramisetty-Mikler y McGrath, 2004; Field y Caetano, 2003; Schafer, Caetano y Cunradi, 2004).
- El consumo de alcohol (Fife et al., 2008), un consumo alto o problemas de alcohol (Bell et al., 2006; Cunradi et al., 2000; Cunradi, Mair, Todd y Remer, 2012; Glass et al., 2009; Schafer et al., 2004).
- El abuso de sustancias (Gonzalez-Guarda et al., 2010; Gonzalez-Guarda, Peragallo, Urrutia, Vasquez y Mitrani, 2008).
- Tener problemas de salud mental (Gonzalez-Guarda et al., 2010).
- Haber recibido una educación deficiente (Gonzalez-Guarda et al., 2010).
- No haber alcanzado una educación universitaria (Bell et al., 2006; Cunradi, 2009).
- Haber tenido una pobre crianza familiar (Gonzalez-Guarda et al., 2010).
- Haber sido víctima de abusos (Gonzalez-Guarda, Vasquez, Urrutia, Villarruel y Peragallo, 2011; Schafer et al., 2004).
- Haber sido testigo de violencia en el hogar y en la comunidad (Gonzalez-Guarda et al., 2011).

- Tener ideas machistas (Gonzalez-Guarda et al., 2010; Santana, Raj, Decker, La Marche y Silverman, 2006).
- Las condiciones de trabajo (Duke y Cunradi, 2011).
- Estar en el paro (Caetano, Cunradi, et al., 2000; Caetano, Nelson y Cunradi, 2001; Castro et al., 2003; Cunradi et al., 2000; Gonzalez-Guarda et al., 2010).
- Tener menos de 19 años (Castro et al., 2003) o una edad joven (Cunradi et al., 2002).
- Tener un entorno social problemático (Cunradi, 2009).
- Tener relaciones sexuales bajo el efecto de alcohol u otras drogas (Gonzalez-Guarda et al., 2008).
- Tener antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (Gonzalez-Guarda et al., 2008).
- Haber tenido prácticas sexuales con riesgo de contagio de VIH (Santana et al., 2006), especialmente con prostitutas (Gonzalez-Guarda et al., 2008).

El consumo de drogas aparece también como factor de riesgo ligado a la violencia contra la pareja en un estudio llevado a cabo con 1.938 estudiantes universitarios varones (Nabors, 2010).

Factores de riesgo de la mujer que sufre violencia en la pareja

Respecto a los factores de riesgo referentes al perfil de la mujer que sufre la violencia, se han descrito como tales:

- Vivir en un entorno urbano (Lown y Vega, 2001).
- Tener 3 o más hijos en el hogar (Castro et al., 2003; Lown y Vega, 2001).
- Tener 4 o más personas dependientes de ella (Bell et al., 2006).
- En el caso de las mujeres estudiadas en Estados Unidos, tener origen en dicho país (Lown y Vega, 2001).
- Depender económicamente de su pareja (Moreno, 2007).
- El uso de alcohol o beber esporádico (Caetano, Schafer, et al., 2000; Fife et al., 2008).
- Ser bebedora frecuente con un alto volumen semanal de consumo o abuso o problemas con el alcohol (Caetano, Nelson, et al., 2001; Cunradi et al., 2002; Cunradi et al., 2012; Gonzalez-Guarda et al., 2011; Schafer et al., 2004).
- El abuso de drogas (Gonzalez-Guarda et al., 2011).
- Ser seropositiva (Moreno, 2007).
- Haber sufrido discriminación (Gonzalez-Guarda et al., 2011), haber sufrido machismo o desigualdades de género (Gonzalez-Guarda et al., 2011).
- La infidelidad (Gonzalez-Guarda et al., 2011).
- Haber sufrido violencia en el último año (Castro et al., 2003) o con anterioridad (Gonzalez-Guarda et al., 2011) o en la infancia (Cunradi et al., 2002; Schafer et al., 2004).
- Haber sufrido abusos sexuales en la infancia (Moreno, 2007).
- Haber sufrido acontecimientos vitales estresantes (Jasinski y Kantor, 2001).
- Tener una alta impulsividad (Caetano, Nelson, et al., 2001; Caetano, Schafer, et al., 2000; Cunradi et al., 2000; Cunradi et al., 2002; Schafer et al., 2004).
- Tener un bajo nivel educativo (Castro et al., 2003).
- Tener baja autoestima (Gonzalez-Guarda et al., 2011).
- Estar embarazada (Castro et al., 2003; Jasinski y Kantor, 2001).
- Tener un embarazo no deseado (Castro et al., 2003).

- La baja edad (Cunradi, 2009; Jasinski y Kantor, 2001; Lown y Vega, 2001).
- Tener trabajo (Gonzalez-Guarda et al., 2010).
- Estar en el paro (Cunradi, 2009).
- Bajos ingresos (Cunradi, 2009).
- Sufrir situaciones de pobreza (Moreno, 2007).
- Tener un entorno social problemático (Cunradi, 2009).
- Dificultades para acceder a recursos de ayuda (Gonzalez-Guarda et al., 2011).
- Falta de apoyo social (Lown y Vega, 2001).
- Sufrir deprivación emocional (Moreno, 2007).
- No asistir a la iglesia o hacerlo con poca frecuencia (Lown y Vega, 2001).
- La amenaza de deportación (Moreno, 2007).
- En el caso de las mujeres inmigrantes, dificultades en el proceso de aculturación en Estados Unidos (Gonzalez-Guarda et al., 2011).
- Un alto nivel de aculturación (Garcia, Hurwitz y Kraus, 2005).
- Tener una creencia fatalista de la vida (Moreno, 2007).

En un estudio realizado en Los Ángeles con mujeres hispanas embarazadas se encontraron como factores de riesgo de sufrir violencia emocional o física por parte de la pareja los siguientes: ser menor de 21 años, tener más educación, no estar casada o no convivir con su pareja actual, tener una pareja menor de 21 años nacida en los Estados Unidos, haber tenido más de una pareja sexual, haber sufrido violencia de su pareja antes del embarazo, tener un embarazo no deseado y tener una mayor aculturación (Martin y Garcia, 2011). Pese a que, tal como se ha señalado, el embarazo se ha estudiado como factor de riesgo de sufrir violencia por parte de la pareja, en un estudio se ha encontrado el efecto contrario. Según el mismo, las mujeres embarazadas son menos propensas a sufrir este tipo de violencia que aquellas que no lo están (Stampfel, Chapman y Alvarez, 2010).

Tal como se ha señalado con anterioridad, en un estudio reciente se ha encontrado relación entre el juego patológico de la mujer y ser víctima de violencia por parte de su pareja (Echeburúa et al., 2013).

1.4.3.2. Factores de protección en la violencia de pareja del hombre a la mujer

Entre los factores de protección identificados para la violencia contra la pareja de hombre a mujer, se encuentran:

- Estar casados (Caetano, Cunradi, et al., 2000; Caetano, Schafer, et al., 2000; Cunradi et al., 2000).
- Estar jubilados (Caetano, Cunradi, et al., 2000).
- Bajo consumo de alcohol por parte del hombre (Caetano, Cunradi, et al., 2000).
- Tener la mujer empleo (Caetano, Cunradi, et al., 2000; Castro et al., 2003) o estar jubilada (Cunradi et al., 2000).
- Edad de la mujer entre 40 y 49 años (Caetano et al., 2004; Cunradi et al., 2000).
- Niveles altos-medios de aculturación en los Estados Unidos (Caetano et al., 2004).
- Ingresos económicos medios o altos (Caetano, Schafer, et al., 2000).
- Consumo poco frecuente de alcohol de ambos (Caetano, Schafer, et al., 2000).
- Tener una buena información (Gonzalez-Guarda et al., 2011).
- Prestarse cuidado la mujer a sí misma (Gonzalez-Guarda et al., 2011).
- Tener un estilo de comunicación saludable (Gonzalez-Guarda et al., 2011).
- Haber tomado decisiones dirigidas a cambiar normas de desigualdad de género en el hogar (Gonzalez-Guarda et al., 2011).
- Tener apoyo social (Gonzalez-Guarda et al., 2011).

1.4.3.3. Factores de riesgo en la violencia de pareja de la mujer al hombre

Respecto a la violencia de pareja de la mujer hacia el hombre, los distintos estudios de dicha revisión incluyen como factores de riesgo:

- Bajos niveles de educación (Caetano, Cunradi, et al., 2000), no tener educación universitaria el hombre (Cunradi, 2009).
- Niveles altos de impulsividad del hombre (Caetano, Cunradi, et al., 2000; Caetano, Nelson, et al., 2001; Caetano, Schafer, et al., 2000; Cunradi et al., 2000; Cunradi et al., 2002; Schafer et al., 2004) o de la mujer (Schafer et al., 2004).
- Baja edad (Caetano, Nelson, et al., 2001; Cunradi, 2009; Cunradi et al., 2000) o una edad media de la pareja (Cunradi et al., 2002).
- Diferencia de edad en la pareja (Gonzalez-Guarda et al., 2011).
- Bajos ingresos (Cunradi, 2009) o ingresos medios (Caetano, Nelson, et al., 2001).
- Haber sufrido abusos o violencia en la infancia (Caetano, Schafer, et al., 2000; Cunradi et al., 2000; Cunradi et al., 2002; Schafer et al., 2004).
- Consumo frecuente de alcohol (Caetano, Schafer, et al., 2000; Cunradi et al., 2012) o problemas de alcohol del hombre (Schafer et al., 2004).
- Consumo de alcohol de la mujer (Cunradi et al., 2002; Cunradi et al., 2012).
- Vivir en barrios pobres (Caetano, Nelson, et al., 2001).
- Tener el hombre trabajo a tiempo completo (Cunradi, 2009).
- Tener un entorno social problemático (Cunradi, 2009).
- Existencia de violencia de la mujer hacia el hombre con anterioridad (Field y Caetano, 2003).

1.4.3.4. Factores de protección en la violencia de pareja de la mujer al hombre

Los factores de protección descritos en la violencia de pareja de la mujer hacia el hombre incluyen:

- Mayor edad de la mujer (Caetano, Cunradi, et al., 2000), edad de la mujer mayor de 40 años (Caetano, Schafer, et al., 2000).
- Estar la mujer jubilada (Caetano, Cunradi, et al., 2000), desempleada o ama de casa (Caetano et al., 2004).
- El nivel educativo de la mujer (Caetano, Nelson, et al., 2001).
- Ingresos familiares medios-altos (Caetano, Schafer, et al., 2000).

1.4.3.5. Factores de riesgo en la violencia de pareja en general (del hombre a la mujer y de la mujer al hombre)

Los factores de riesgo que en distintos estudios coinciden tanto en la violencia de pareja de hombre a mujer como de mujer a hombre son:

- Tener problemas relacionados con las dependencias o con el alcohol (Caetano, Nelson, et al., 2001; Caetano, Schafer y Cunradi, 2001; Cunradi et al., 2012).
- Tener consecuencias sociales del uso de drogas y alcohol (Caetano, Nelson, et al., 2001).
- Vivir en un barrio pobre (Caetano, Ramisetty-Mikler y Harris, 2010).
- Nivel medio de aculturación (Caetano, Schafer, et al., 2000).

Respecto a las parejas no heterosexuales, un estudio realizado en Hong-Kong con 306 hombres y mujeres homosexuales o bisexuales revela que los conflictos de pareja y la mala gestión de la ira son factores de riesgo tanto de violencia psicológica como física (Chong, Mak y Kwong, 2013).

En la última década se han realizado la mayoría de las investigaciones que examinan la validez predictiva de los instrumentos de

evaluación de riesgos para la violencia contra la pareja. En el estudio de Messing y Thaller (2013) se examinan cinco instrumentos de evaluación de riesgos de violencia contra la pareja que han sido validados en múltiples estudios de investigación. En orden de mayor a menor validez predictiva, se señalan los siguientes instrumentos: el Ontario Domestic Assault Risk Assessment (ODARA), el Spousal Assault Risk Assessment (SARA), el Danger Assessment (DA), el Domestic Violence Screening Inventory (DVSI) y el Kingston Screening Instrument for Domestic Violence (K-SID).

1.4.4. Factores de riesgo y de protección en la violencia de pareja en la adolescencia

Recientemente se ha realizado una exhaustiva revisión de los factores de riesgo y de protección que se conocen para la comisión de la violencia contra la pareja en la adolescencia (Vagi et al., 2013). En ella se revisaron los artículos, publicados entre 2000 y 2010, que informaban sobre la perpetración de violencia de pareja en adolescentes en Estados Unidos o Canadá. En total, fueron identificados 53 factores de riesgo y seis factores protectores, a partir de 20 estudios. Los factores de riesgo pueden agruparse en las siguientes categorías generales: (1) problemas de salud mental, (2) pensamientos o cogniciones agresivos, (3) violencia juvenil, (4) conductas sexuales de riesgo, (5) pobres relaciones o amistades, (6) mala calidad de vida familiar, (7) demográficos, y (8) uso de conductas o medios agresivos (Ver Tabla 4).

En la Tabla 4 se observan los factores de riesgo individuales que incrementan la probabilidad de violencia hacia la pareja en la adolescencia. Los distintos estudios identifican factores que tienen que ver, entre otros aspectos, con las cogniciones relacionadas con la tolerancia a la violencia, con las conductas violentas o antisociales, con el consumo de alcohol u otras drogas, con la salud mental o con las conductas sexuales de riesgo.

Tabla 4. Factores de riesgo individuales para ejercer violencia en la pareja en la adolescencia, según estudios que aportan evidencia científica (Vagi et al., 2013)

Factor	Autor (año)
<i>Factores de riesgo individuales</i>	
Ansiedad	Foshee, Reyes y Ennett (2010)
Depresión	Cleveland, Herrera y Stuewig (2003); Foshee et al. (2010); McCloskey y Lichter (2003)
Angustia emocional	Tschann et al. (2009)
Síntomas de trauma	Wolfe et al. (2004)
Ira relacionada con traumas	Wolfe et al. (2004)
Intentos de suicidio	Kerr y Capaldi (2011)
Consumo de drogas y alcohol	Cleveland et al. (2003); Foshee et al. (2001); Schnurr y Lohman (2008); O'Donnell et al. (2006)
Consumo de marihuana	Foshee et al. (2010)
Frecuencia y cantidad de bebida	Cleveland et al. (2003)
Aceptación de la violencia en las relaciones de pareja	Foshee, Linder, MacDougall y Bangdiwala (2001)
Actitudes tolerantes ante la agresión	Connolly, Freidlander, Pepler y LaPorte (2010)
Conducta antisocial adolescente	Andrews, Foster, Capaldi y Hops (2000)
Patrón creciente de violencia en la adolescencia	Herrenkohl et al. (2007)
Delincuencia crónica con violencia en la adolescencia	Herrenkohl, Kosterman, Mason y Hawkins (2007)
Violencia en noviazgos anteriores	Tschann et al. (2009); Wolfe, Wekerle, Scott, Straatman y Grasley (2004)
Iniciación sexual antes del 8º grado	O'Donnell et al. (2006)
Relaciones sexuales anteriores a otras muestras de afecto	Cleveland et al. (2003)
Número alto de parejas sexuales	Cleveland et al. (2003)
Edad (mayor de 18 años)	McCloskey y Lichter (2003)
Sexo del niño	McCloskey y Lichter (2003)
Raza o etnia	Connolly et al. (2010); Foshee et al. (2001); Foshee et al. (2010)
Conducta general antisocial	Lavoie et al. (2002)
Uso de medios agresivos	Connolly et al. (2010)
Agresión general	Kerr y Capaldi (2011); O'Donnell et al. (2006)
Historia de agresión física	Gidycz, Warkentin y Orchowski (2007)
Historia de agresión sexual	Ozer, Tschann, Pasch y Flores (2004)
Historia de agresión verbal	Gidycz et al. (2007)
Peleas	Cleveland et al. (2003)

Entre los factores de riesgo que tienen que ver con las relaciones familiares y sociales se encuentran los relacionados con los estilos familiares inadecuados de comunicación y de crianza, las conductas violentas en la familia y en el grupo de iguales, la hostilidad en ambos ámbitos de relación o la conflictividad en la pareja (Tabla 5).

Tabla 5. Factores de riesgo relacionales para ejercer violencia en la pareja en la adolescencia, según estudios que aportan evidencia científica (Vagi et al., 2013)

Factor	Autor (año)
<i>Factores de riesgo relacionales</i>	
Comunicación familiar agresiva	Andrews et al. (2000)
Crianza inadecuada	Kerr y Capaldi (2011)
Prácticas de crianza severas	Lavoie et al. (2002)
Bajo control parental	Lavoie et al. (2002)
Maltrato físico en la infancia	Linder y Collins (2005)
Exposición a violencia de padre a madre	Tschann et al. (2009)
Exposición a violencia entre los padres	Tschann et al. (2009)
Exposición a violencia de madre a padre	Tschann et al. (2009)
Uso de agresión física en la pareja	O'Leary y Slep (2003)
Hostilidad de padre a hijo	Schnurr y Lohman (2008)
Interacciones negativas progenitor-hijo/a	Linder y Collins (2005)
Violaciones de los límites progenitor-hijo/a	Linder y Collins (2005)
Relación de pareja hostil o conflictiva	Connolly et al. (2010)
Conflictos maritales en los padres	Stocker y Richmond (2007); Tschann et al. (2009)
Baja calidad en las relaciones sociales	Linder y Collins (2005)
Amistades hostiles	Stocker y Richmond (2007)
Relación temprana con compañeros antisociales	Schnurr y Lohman (2008)
Relación creciente con compañeros antisociales	Schnurr y Lohman (2008)
Participación en violencia entre iguales	Foshee et al. (2010); Ozer et al. (2004)
Amigos que ejercen violencia en el noviazgo adolescente	Arriaga y Foshee (2004); Foshee et al. (2010)
Amigos víctimas de violencia en el noviazgo adolescente	Foshee et al. (2010)

En cuanto a los factores de protección que ayudan a hacer menos probable la violencia hacia la pareja durante la adolescencia, entre ellos se encuentran aspectos que tienen que ver con ciertas capacidades cognitivas y emocionales, y el establecimiento de buenas relaciones sociales tanto en el medio familiar como en el escolar (Tabla 6).

Tabla 6. Factores de protección para ejercer violencia en la pareja en la adolescencia, según estudios que aportan evidencia científica (Vagi et al., 2013)

Factor	Autor (año)
<i>Factores de protección individuales</i>	
Discrepancia entre las actitudes y los comportamientos relacionados con el abuso en la pareja (disonancia cognitiva)	Schumacher y Slep (2004)
Empatía	McCloskey y Lichter (2003)
Promedio de las calificaciones escolares	Cleveland et al. (2003)
Cociente intelectual (CI) verbal	Cleveland et al. (2003)
<i>Factores de protección relacionales</i>	
Relación positiva con la madre	Cleveland et al. (2003)
Apego a la escuela	Cleveland et al. (2003)

1.5. PERFIL DE LA PERSONA AGRESORA CONTRA LA PAREJA

Diversos estudios inciden en las características propias de las personas que ejercen violencia contra sus parejas. Uno de los primeros llevados a cabo en nuestro país ofrece datos obtenidos en el Servicio de Violencia Familiar de Bilbao (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). En el mismo, el perfil medio de la persona violenta en el hogar responde a un varón de 42,1 años, casado (85,7%) y con hijos, con un nivel socioeconómico que oscila entre medio y bajo (95,2%), con estudios primarios o sin estudios (64,2%), laboralmente activo (73,8%) y con antecedentes psiquiátricos en el 45,2% de los casos.

En ese mismo estudio el tipo principal de maltrato era físico (54,7%), el maltrato tenía una duración de más de 5 años (71,5%), y el primer episodio se había dado en el noviazgo (31%) o en el primer año de matrimonio (26,2%). Un 35,7% de los maltratadores había sido víctima de malos tratos en la niñez. En el 30,6% de los casos había a su vez maltrato a los hijos. El 50% presentaba consumo abusivo de alcohol (por encima de 60 gramos de alcohol/día).

A continuación se desarrollan, de modo más exhaustivo, algunas características recogidas en otros estudios.

1.5.1. Características sociodemográficas

Existe un consenso generalizado acerca de que la violencia contra la pareja tiene lugar en todas las edades y en todos los niveles educativos y socioeconómicos (Geldschläger y Ginés, 2013). Tan sólo se han encontrado correlaciones pequeñas pero estadísticamente significativas entre violencia hacia la pareja y niveles educativos más bajos, edades más jóvenes, desempleo y menores ingresos (Stith, Smith, Penn, Ward y Tritt, 2004).

Si se tiene en cuenta el país de origen de la persona agresora contra la pareja, parecen darse diferencias entre nacionales e inmigrantes. En nuestro país se ha encontrado que aquellos que proceden de otros países son más jóvenes, con mayor número de hijos en común con la víctima, con un nivel de estudios ligeramente superior y con más antecedentes psiquiátricos en comparación con los maltratadores españoles. Asimismo, los maltratadores inmigrantes presentan más pensamientos irracionales sobre la mujer y sobre la utilización de la violencia, y han tenido experiencias de maltrato en la infancia más frecuentemente que los agresores españoles (Fernández-Montalvo, Echauri, Martínez y Azcárate, 2011).

1.5.2. Características cognitivas

Los hombres maltratadores suelen estar afectados por numerosos sesgos cognitivos relacionados, por una parte, con creencias equivocadas sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer y, por otra, con ideas distorsionadas sobre la legitimación de la violencia como forma de resolver los conflictos (Geldschläger y Ginés, 2013). Asimismo, se muestran muy sensibles a las frustraciones, presentan unas habilidades de comunicación muy limitadas y carecen de estrategias adecuadas para solucionar los problemas. Todo ello contribuye a que, en muchas ocasiones, los conflictos y contratiempos cotidianos de estas personas actúen como desencadenantes de los episodios violentos contra la pareja (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

En la misma línea, se ha estudiado la relación entre la violencia hacia la pareja y la presencia de actitudes favorables a la violencia (Wubs, Aaro, Mathews, Onya y Mbwapbo, 2013). En dicho estudio, realizado en Sudáfrica con jóvenes universitarios, se encontró que los varones más involucrados en episodios de violencia hacia su pareja mostraron en mayor medida actitudes de apoyo a la violencia. Se detecta en este fenómeno una interrelación bidireccional entre actitudes y comportamiento.

Respecto a los celos patológicos, existe una relación entre estos y la violencia en la pareja, siendo relativamente habitual la presencia conjunta de ambos fenómenos (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1999). Es frecuente encontrar casos de conductas violentas provocadas a partir de sentimientos irracionales de celos (Holtzworth-Munroe y Meehan, 2002). En el estudio de Bishay, Petersen y Tarrier (1989) el 23% de una muestra de 13 pacientes con un problema de celos patológicos había sido violento físicamente con su pareja. En un estudio realizado en España con 42 maltratadores (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997), el 38% de ellos tenía un problema de celos patológicos que había actuado, entre otros factores, como desencadenante de los episodios violentos. Un reciente estudio (Kar y O'Leary, 2013) ha encontrado que, en los casos en que se da

violencia psicológica grave bidireccional, tanto hombres como mujeres puntúan significativamente más alto en agresión psicológica grave, dominancia y celos.

Las características cognitivas de los agresores contra la pareja son un tema de especial interés. Algunos estudios prestan atención a las teorías implícitas que subyacen a estas cogniciones. Weldon y Gilchrist (2012) realizaron un análisis fenomenológico interpretativo para identificar las posibles teorías implícitas de agresores en prisión. El análisis dio como resultado la identificación de 11 posibles teorías implícitas de la violencia contra la pareja, agrupadas en cuatro bloques: (1) la violencia es normal (*"la violencia es aceptable", "necesidad de venganza ante la injusticia"*); (2) deseo de mantener el control (*"necesidad de control", "necesidad de demostrar la masculinidad", "las mujeres son objetos", "el deseo sexual masculino es incontrolable"*); (3) el papel de la mujer en la violencia (*"las mujeres están provocando", "miedo al rechazo o abandono", "las mujeres como apoyo"*); y (4) disminución de la responsabilidad personal (*"factores externos responsables", "la naturaleza del daño"*).

Por último, las creencias relacionadas con la tolerancia o la aceptación de la violencia física, sexual o psicológica en las relaciones son uno de los principales factores de riesgo en la violencia contra la pareja. Parece existir una relación entre estas creencias y aspectos relacionados con la inseguridad en el apego adulto, teniendo como consecuencia la aceptación de la violencia contra la pareja (McDermott y Lopez, 2013).

1.5.3. Características de personalidad y psicopatológicas

La mayoría de las personas que ejercen violencia de género no son enfermos mentales (Echeburúa y Corral, 2004). A pesar de ello, hay tres trastornos de personalidad que entrañan mayor riesgo y aparecen relacionados con la adopción de conductas violentas contra la pareja. En concreto, el trastorno antisocial, caracterizado por la frialdad afectiva y la falta de empatía, el trastorno paranoide, en el que la desconfianza y los

recelos están presentes de forma constante, y el trastorno narcisista, en el que el sujeto está necesitado de un reconocimiento permanente, son los que entrañan mayor riesgo (Echeburúa, 1994; Rojas Marcos, 1995). En el estudio de Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) el 45,2% de los sujetos presentaba una historia psiquiátrica anterior, muy por encima de la tasa de prevalencia del 15-20% que presenta la población general (Echeburúa y Corral, 1998). En estudio más reciente de los mismos autores realizado con hombres condenados por un delito de violencia grave contra la pareja se encontró que el 86,8% de la muestra presentaba, al menos, un trastorno de personalidad. Los más prevalentes fueron el trastorno obsesivo-compulsivo (57,8% de los casos), el trastorno dependiente (34,2%) y el trastorno paranoide (25%). También se evaluó la psicopatía, encontrándose un 14,4% de la muestra con tendencias psicopáticas. No hubo diferencias entre psicópatas y no psicópatas en la tasa de trastornos de personalidad (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008).

En el mismo estudio se establecieron distintos tipos de maltratadores en función, por una parte, de la extensión de la violencia y, por otra, del perfil psicopatológico. En lo que se refiere a la extensión de la violencia, el 73,8% de los sujetos eran violentos sólo en el hogar. Se trataba de personas con conductas sociales adecuadas en otros ámbitos, pero que en el ámbito doméstico ejercen un nivel de maltrato grave. Los violentos en general constituyen el 26,2% de la muestra, y responden a un perfil agresivo en general, con experiencias de maltrato en la infancia y con muchas ideas distorsionadas sobre la utilización de la violencia como forma aceptable de solucionar los problemas. En cuanto al perfil psicopatológico, se dividió a los maltratadores entre personas con déficit en habilidades interpersonales (54,8% de la muestra) y personas sin control de impulsos (45,2%). Estos últimos presentaban episodios bruscos e inesperados de descontrol, con uso de violencia.

En un estudio sobre la prevalencia de problemas de salud mental en hombres detenidos por violencia doméstica se encontró una asociación positiva entre todos los tipos de problemas de salud mental y la perpetración de la agresión. Las personas que han ejercido violencia contra

su pareja muestran altas tasas de trastorno de estrés postraumático, depresión, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social y trastornos por consumo de alcohol y otras drogas (Shorey, Febres, Brasfield y Stuart, 2012). En una revisión de varios estudios se encontraron ciertas características que se repiten de manera recurrente en las personas que abusan de su pareja femenina: características antisociales, narcisistas, límite y de abuso de sustancias (Torres, Lemos-Giraldez y Herrero, 2013).

Parecidos resultados se obtienen en una revisión de otros estudios realizada por Calvete (2008), en la que se señala que los maltratadores obtienen puntuaciones más altas en trastornos de la personalidad, siendo especialmente altas en los tipos narcisista, antisocial y límite. Igualmente se identifica en este colectivo una alta tasa de trastornos depresivos y un consumo alto de alcohol y drogas, así como problemas neurológicos con relativa frecuencia. También se ha encontrado que los hombres maltratadores presentan mayores niveles de hostilidad, más ideas persecutorias y más síntomas depresivos que la población normal (Novo, Farina, Seijo y Arce, 2012).

En lo que se refiere al perfil psicopatológico de las víctimas de la violencia en la pareja, se ha encontrado que existe mayor riesgo de sufrirla cuando éstas tienen trastornos depresivos o de ansiedad, o trastornos de estrés postraumático (Trevillion et al., 2012).

En cuanto al ajuste psicológico de los agresores y su relación con distintas variables, se ha encontrado que el apoyo social con que cuenta y los eventos vitales estresantes están relacionados con dicho ajuste psicológico. Cuanto mayor es el apoyo social percibido y menor el número de acontecimientos vitales estresantes que se presentan, mayor es el ajuste psicológico de los agresores. A su vez, se encuentra una relación entre el ajuste psicológico del agresor y la atribución que hace de culpa a la víctima: cuanto menor es el ajuste psicológico del agresor, con bajos niveles de autoestima y alta sintomatología depresiva, mayor es la atribución de la culpa a la víctima (Lila, Gracia y Murgui, 2013).

Pocos son los estudios que describen el perfil de las mujeres que ejercen violencia hacia su pareja. En uno de ellos (Shorey, Brasfield, Febres y Stuart, 2011) se ha encontrado relación entre impulsividad e ira rasgo en mujeres con violencia tanto general como cometida contra su pareja. También se ha encontrado que las mujeres que han cometido violencia contra su pareja tienen una mayor incidencia de trastornos narcisista, histriónico, límite y antisocial de la personalidad. El trastorno narcisista en la mujeres aparece ligado a la comisión de violencia física menor en mayor medida que en las mujeres que no lo presentan. Las mujeres con trastorno límite tienen mayores respuestas de ira y cometen en mayor medida violencia física grave, pero a su vez son con mayor frecuencia víctimas de violencia grave de pareja. Por último, las mujeres con trastorno antisocial tienen una mayor prevalencia de comisión de violencia física tanto menor como grave. Se ha encontrado, del mismo modo, que un 72% de las mujeres violentas en la pareja presentan sintomatología de estrés postraumático (Spidel, Greaves, Nicholls, Goldenson y Dutton, 2013).

Respecto a otras variables emocionales, no se han observado diferencias significativas entre personas agresoras contra su pareja y la población general en variables como el estilo de apego adulto, la empatía o la autoestima (Loinaz, Echeburúa y Ullate, 2012).

1.5.4. Tipologías de personas agresoras

Los agresores de pareja son un grupo heterogéneo en el cual se pueden encontrar variables que permiten diferenciar a unos sujetos de otros (Loinaz, Echeburúa y Torrubia, 2010). Existen dos grupos de investigadores que han estudiado las tipologías de los agresores contra la pareja cuyas clasificaciones son las más utilizadas: el grupo de Gottman, y el de Holzworth-Munroe (Amor, Echeburúa y Loinaz, 2009). La primera de ellas (Gottman et al., 1995) propone la existencia de dos tipos de maltratadores en función de su respuesta cardíaca diferencial ante una discusión de pareja:

- **Maltratadores de Tipo 1 ("cobra").** Ante una discusión de pareja muestran un descenso en su frecuencia cardíaca. Exteriorizan mucha agresividad y desprecio hacia la víctima. Se comportan violentamente también con otro tipo de personas. Suelen mostrar características antisociales y agresivo-sádicas, y tienen mayor probabilidad de desarrollar drogodependencia.
- **Maltratadores de Tipo 2 ("pitbull").** Ante una discusión de pareja presentan un aumento en su frecuencia cardíaca. Tienden a mostrar trastornos de personalidad por evitación y límite, características pasivo-agresivas, ira crónica y un estilo de apego inseguro (Tweed y Dutton, 1998).

Siguiendo un orden de menor a mayor riesgo, Holtzworth-Munroe y Stuart (1994) clasifican a los maltratadores en:

- **Maltratadores limitados al ámbito familiar** (pareja e hijos). Caracterizados como sobrecontrolados. Representan el 50% de los maltratadores. Son sujetos violentos con la pareja, estables emocionalmente, integrados socialmente. Se trata de personas socialmente normalizadas. Se caracterizan por tener un menor número de distorsiones cognitivas, menor abuso de drogas, menor presencia de antecedentes penales, mayor autoestima, mayor control de la ira, poca presencia de síndromes clínicos y estilos de personalidad compulsivos, narcisistas e histriónicos, un estilo de apego seguro, mayor empatía y mayor deseabilidad social (Loinaz y Echeburúa, 2010). Su violencia es de menor frecuencia y gravedad que el resto de tipos, y es menos probable que agredan sexualmente a su pareja. Presentan los menores factores de riesgo (Amor et al., 2009). Se trata de maltratadores de bajo riesgo (Cavanaugh y Gelles, 2005).
- **Maltratadores límite o disfóricos.** Caracterizados como impulsivos. Representan el 25% de los maltratadores. Suelen ser violentos física, psicológica y sexualmente, y muestran una violencia de intensidad media o alta dirigida habitualmente contra su pareja y otros miembros de la familia (Amor et al., 2009). Son los que presentan mayores problemas psicológicos, tales como impulsividad, inestabilidad emocional e irascibilidad. Oscilan rápidamente del control al enfado extremo (Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994). Son maltratadores de riesgo moderado (Cavanaugh y Gelles, 2005).
- **Sujetos antisociales o violentos en general.** Caracterizados como instrumentales. Representan el 25% de los maltratadores. Son poco estables emocionalmente y no están integrados socialmente. Presentan una violencia que va más allá de la pareja. Presentan antecedentes penales con mayor frecuencia, mayor incidencia de síntomas clínicos, más distorsiones cognitivas, mayor dependencia de alcohol y/u otras drogas, más rasgos de personalidad antisocial, paranoide y negativista, mayor impulsividad, menor empatía y estilos de apego inseguro u hostil (Loinaz y Echeburúa, 2010). Utilizan la violencia de modo frío para conseguir objetivos específicos. Su violencia es de mayor frecuencia e

intensidad que la de los grupos anteriores. Muestran actitudes que justifican el uso de la violencia interpersonal (Amor et al., 2009). Es más probable que abusen de alcohol y otras drogas, y que tengan problemas legales. Son considerados agresores de alto riesgo (Cavanaugh y Gelles, 2005).

En nuestro entorno, en el estudio de Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) en el que se contemplan dos de los tipos anteriores, los sobrecontrolados representan el 74% y los instrumentales el 26% de los maltratadores. En un estudio empírico posterior (Holtzworth-Munroe, Meehan, Herron, Rehman y Stuart, 2000) se señala que los sobrecontrolados representan el 36%, los impulsivos el 15% y los instrumentales el 16% de los hombres maltratadores.

Otro estudio reciente en el que se estudiaron 187 hombres condenados por violencia contra su pareja, de los cuales 111 estaban en prisión, encontró mediante un análisis clúster los siguientes grupos de maltratadores (Cunha y Goncalves, 2013):

- **Antisociales/violentos** (27%). Tienen conducta antisocial, un estilo de vida irregular, antecedentes penales, han tenido violencia interparental y presentan abuso de drogas.
- **Perturbados** (33%). Presentan hostilidad, sintomatología clínica (somatización, depresión, ansiedad, ideación paranoide), antecedentes penales, conducta antisocial y un estilo de vida irregular.
- **No patológicos** (40%). No muestran ninguna de las características anteriores.

La clasificación de Holtzworth-Munroe y Stuart (1994) tiene muchos aspectos en común con tipologías previas y posteriores. En la Tabla 7 (Amor et al., 2009) se muestra un esquema de las mismas.

Tabla 7. Paralelismos de otras clasificaciones con la tipología de Holtzworth-Munroe y Stuart (1994)

Autores		Tipologías	
Holtzworth-Munroe y Stuart (1994)	Antisocial/violento en general	Límite/disfórico	Limitado al ámbito familiar
Tipologías previas			
Brisson (1981)	Violento en general	--	Limitado a las relaciones íntimas
Gondolf (1988)	Tipo 1: sociopático Tipo 2: antisocial	--	Tipo 3: típico
Hamberger y Hastings (1986)	Narcisista/antisocial	Límite/esquizoide	Pasivo/dependiente/compulsivo
Saunders (1992)	Violento en general	Inestable emocionalmente	Limitado al ámbito familiar
Greene, Coles y Johnson (1994)	Perturbado	Histriónico Deprimido	Normal
Tipologías posteriores			
Gottman et al. (1995)	Tipo 1 (Cobra)	Tipo 2 (Pitbull)	--
Johnson (1995)	Terrorista doméstico	--	Violencia de pareja común
Hamberger et al. (1996)	Antisocial	Pasivo-agresivo/dependiente	No patológico
Rothschild et al. (1997)	Psicopatía general elevada y trastorno por abuso de sustancias	Trastorno de personalidad narcisista	Narcisismo subclínico
Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997)	Violento en general	--	Limitado al ámbito familiar
Tweed y Dutton (1998)	Tipo 1: Instrumental	Tipo 2: Impulsivo	--
Monson y Langhinrichsen-Rohling (1998)	Tipo 1: antisocial/violento en general	Tipo 2: obsesionado sexualmente Tipo 3: límite /disfórico	Tipo 4: limitado al ámbito familiar
Cáceres (1999)	Reductores	Aceleradores	--
Langhinrichsen-Rohling et al. (2000)	Antisocial/violento en general	Límite/disfórico	Limitado al ámbito familiar
White y Gondolf (2000)	Trastorno antisocial Trastorno narcisista	Trastorno límite Trastorno paranoide	Estilo narcisista-conformista Estilo evitador-depresivo
Holtzworth-Munroe et al. (2000)	Antisocial/violento en general	Límite/disfórico	Antisocial de bajo nivel Limitado al ámbito familiar

Waltz et al. (2000)	Violentos en general	Maltratador con trastornos psicológicos	Limitado al ámbito familiar
Chase et al. (2001)	Proactivos	Reactivos	--
Del Sol et al. (2003)	Violento en general y con problemas psicológicos	Maltratador de violencia media	Limitado al ámbito familiar
Cavanaugh y Gelles (2005)	Maltratadores de alto riesgo	Maltratadores de riesgo moderado	Maltratadores de bajo riesgo
Johnson et al. (2006)	Antisocial Narcisista	Límite	Baja patología
Chiffriller, Hennessy y Zappone (2006)	Violentos en general (Agresor sexual)	Con patología (Agresor psicológico)	Limitados al ámbito familiar
Murphy, Taft y Eckhardt (2007)	Ira patológica	Bajo control de la ira	Ira normal

Fuente: Clasificación tipológica de hombres violentos contra su pareja (Amor et al., 2009)

En nuestro país, Boira y Jodrá (2013) han identificado, mediante un análisis clúster, dos grupos diferenciados entre los pacientes en tratamiento en un programa de atención psicológica en la comunidad dirigido a sujetos condenados por un delito de violencia de género. Uno de ellos lo conforman sujetos más estables emocionalmente, con menor consumo de sustancias y una expresión menos intensa de la violencia. El otro lo constituyen individuos que reconocen un mayor número de agresiones físicas menores, y que puntúan significativamente más alto en las escalas de personalidad antisocial, pasivo-agresiva y esquizotípica, así como en el abuso de sustancias. Esta distribución de los pacientes se aproxima a la tipología de Holtzworth-Munroe y Stuart ya descrita, y a otros estudios llevados a cabo en España anteriormente también en el ámbito penitenciario (Loinaz y Echeburúa, 2010; Loinaz et al., 2010).

La clasificación de los agresores descrita para la población general por Holtzworth-Munroe y Stuart (1994) se puede generalizar a la población psiquiátrica (Walsh et al., 2010). Del mismo modo, se sugiere que las tipologías encontradas con hombres agresores pueden ser una buena guía para la investigación en el caso de mujeres violentas contra la pareja.

Echeburúa, Fernández-Montalvo y Corral (2008) compararon la violencia grave y la menos grave contra la pareja en una muestra de 1.081 casos en el País Vasco, describiendo el perfil del agresor contra la pareja. Los maltratadores graves son celosos o posesivos y tienden a recurrir con más frecuencia que los agresores no graves al consumo de drogas y, en menor medida, de alcohol. Presentan además una historia de conductas violentas, bien con parejas anteriores, bien con otras personas, mostrando igualmente rasgos de crueldad que tienden a justificar en función del comportamiento de la víctima. Por otro lado, han recibido un mayor número de tratamientos psiquiátricos y presentan una mayor tasa de abandono prematuro del mismo.

El conocimiento de las características diferenciales de los agresores y de las distintas tipologías existentes permite formular algunas indicaciones sobre el riesgo de ejercer violencia en el futuro y sobre la adecuación de los tratamientos (Cavanaugh y Gelles, 2005). Es previsible que los sujetos violentos únicamente en el ámbito familiar, o sobrecontrolados, tengan una mayor adherencia a la terapia, y con ellos se aconsejarían intervenciones más breves y centradas en las habilidades de comunicación y de solución de problemas así como en el manejo de la ira. Sin embargo, los sujetos violentos generalizados o instrumentales pueden requerir tratamientos más largos y multidimensionales, focalizados en las distorsiones, el consumo de drogas y la psicopatología asociada (Loinaz et al., 2010).

1.6. PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PARA PERSONAS AGRESORAS CONTRA LA PAREJA

Frente a quienes critican la pertinencia y eficacia del tratamiento de las personas agresoras contra su pareja (Lorente, 2001), el tratamiento psicológico a las personas agresoras en la pareja demuestra ser, junto con otras medidas judiciales y sociales, una actuación necesaria para afrontar dicho problema (Echeburúa et al., 2001).

Se debe tener en cuenta que tratar a una persona agresora no significa considerarla no responsable. La mayoría de las personas violentas son responsables de sus conductas, pero, tal como se ha explicado con anterioridad, presentan limitaciones psicológicas importantes en el control de los impulsos, en el abuso de alcohol y/u otras drogas, en sus sistemas de creencias, en las habilidades de comunicación y de solución de problemas así como en el control de los celos (Dutton y Golant, 1999; Echeburúa et al., 2003; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). Todos estos tipos de limitaciones pueden abordarse mediante tratamientos psicológicos.

El tratamiento psicológico de una persona que agrede a su pareja es posible, sobre todo si el sujeto asume la responsabilidad de sus conductas y cuenta con una motivación para el cambio (Hamberger, Lohr y Gottlieb, 2000; Madina, 1994). No se debe, por ello, considerar la conducta violenta en la pareja como inmodificable.

Desde la perspectiva de la víctima de la violencia, resulta conveniente la combinación de la ayuda psicológica a la misma con el tratamiento de la persona agresora. No puede olvidarse que entre el 30% y el 50% de las mujeres maltratadas que buscan ayuda asistencial o interponen una denuncia siguen viviendo con la persona agresora (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997; Feazell, Mayers y Deschner, 1984). Tratar a la persona agresora es una manera de impedir que la violencia continúe, o que se extienda, más allá de la pareja, a los otros miembros del hogar (niños y ancianos), lo cual ocurre en un 30% o 40% de los casos (Echeburúa y Corral, 1998). La prevención de la aparición de futuras víctimas, pues, también hace aconsejable el tratamiento psicológico del agresor.

Respecto al enfoque que debe seguir el tratamiento, resulta interesante conocer las variables que actúan como factores de riesgo o factores de protección para el desarrollo de conductas violentas contra la pareja. De este modo se puede enfocar con mayor eficacia el tratamiento a seguir. Las diferencias encontradas en los tipos de agresores pueden ayudar

a adoptar formas específicas de intervención en función de las mismas (Saunders, 1996).

Es probable que los programas diseñados para tratar a los agresores contra la pareja no sean apropiados para todos ellos por igual, debido a la gran heterogeneidad de los perfiles de agresores existentes (Bowen, Gilchrist y Beech, 2008; Cavanaugh y Gelles, 2005). Por ello también existe una gran heterogeneidad de programas y de técnicas utilizadas en el tratamiento de estas personas (Dixon y Browne, 2003; Gondolf, 1997).

En la actualidad existe una amplia gama de modelos de tratamiento. Las diferentes perspectivas teóricas consideran que la causa del maltrato puede ser de distintos tipos:

- **Individual.** Por ejemplo, problemas de personalidad o anomalías psicológicas de los maltratadores.
- **Familiar.** Por ejemplo, relaciones disfuncionales.
- **Social.** Por ejemplo, actitudes en el entorno favorables al uso de la violencia.

Los modelos de tratamiento existentes reflejan esta variedad de perspectivas teóricas. Hamberger y Hastings (1993) distinguen cinco tipos de modelos de tratamiento: el feminista, el conductual/cognitivo, el de ventilación, el de orientación interior y el sistémico. En la práctica, se tiende a utilizar componentes de los distintos modelos teóricos en los programas de tratamiento para maltratadores.

Los primeros programas para maltratadores surgieron en Estados Unidos al final de la década de los 70. Fueron promovidos por feministas y defensores de las víctimas, quienes consideraban que proporcionar ayuda a las víctimas para que éstas vuelvan al mismo ambiente doméstico no era la mejor solución. Uno de los más conocidos fue el Duluth Domestic Abuse Intervention (Pence y Paymar, 1993), más conocido como Modelo Duluth, que tuvo su origen en Minnesota. Tiene un enfoque feminista que entiende la violencia doméstica como fruto de la ideología patriarcal y del uso del

poder y control del hombre hacia la mujer. Se desarrolló a partir de una perspectiva cercana al trabajo social, evitando los diagnósticos de tipo DSM y considerando que la intervención no sea una terapia (Babcock et al., 2004).

Del mismo modo, surgieron otros programas, como Emerge o Raven, que utilizaban fundamentalmente la terapia de grupo de tipo educativo. Posteriormente, fueron incorporando técnicas terapéuticas de tipo cognitivo-conductual y de aprendizaje de habilidades sociales (Gondolf, 1997).

En una revisión metaanalítica (Babcock et al., 2004) se recogieron los resultados de 22 estudios que evaluaban la eficacia del tratamiento de hombres maltratadores, comparando aquellos que seguían el Modelo Duluth con aquellos que utilizaban terapia psicológica basada en el modelo cognitivo-conductual. Concluyeron que no existían diferencias significativas en el efecto producido por ambos tipos de intervenciones, además de afirmar que, en general, los efectos debidos al tratamiento abarcaban un rango pequeño. Afirman que las intervenciones actuales tienen un impacto mínimo en la reducción de la reincidencia, y que ningún modelo de tratamiento ha demostrado superioridad en su eficacia frente a otros modelos.

En un artículo publicado en el Reino Unido (Dixon et al., 2012) se cuestiona la idoneidad de los tratamientos en dicho estado, que en muchos casos se supeditan a influencias ideológicas. Aparece también una crítica hacia un enfoque excesivamente feminista, ante la falta de evidencia sobre la eficacia del mismo.

En los últimos años se han desarrollado programas más específicos de intervención terapéutica con maltratadores que se aplican tanto en el ámbito comunitario como penitenciario. Estos programas se basan en su mayoría en técnicas cognitivo-conductuales que tratan de hacer frente a las características que presentan estos hombres, así como de dotarles de habilidades alternativas a la violencia para afrontar las dificultades cotidianas (Echeburúa y Corral, 1998). Las intervenciones terapéuticas con

maltratadores tienen como objetivo enseñar técnicas de suspensión temporal, abordar el problema de los celos, controlar los hábitos de bebida, reevaluar los sesgos cognitivos, diseñar estrategias de solución de problemas, entrenar en relajación y habilidades de comunicación así como enseñar técnicas de afrontamiento de la ira y de control de los impulsos (Echeburúa y Corral, 1998; Holtzworth-Munroe et al., 1997). Habitualmente tienen lugar en un marco grupal, con una duración de entre 10 y 20 sesiones, y están dirigidos por terapeutas varones.

Hoy en día se cuenta con un conocimiento más preciso que años atrás acerca de las características clínicas de los hombres violentos contra la mujer. Como se ha descrito en capítulos anteriores, los agresores suelen presentar carencias psicológicas significativas, como sesgos cognitivos (pensamientos distorsionados sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer, principalmente), dificultades de comunicación, irritabilidad y una falta de control de los impulsos, así como otras dificultades específicas tales como el abuso de alcohol y los celos patológicos (Dutton y Golant, 1999; Echeburúa et al., 2003; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997, 2005). Los programas de tratamiento vigentes cuentan con técnicas específicas para afrontar cada una de estas características. Un resumen de los principales resultados obtenidos hasta la fecha por este tipo de programas se presenta en la Tabla 8.

Los resultados obtenidos en algunos de ellos, especialmente con los hombres que completan totalmente los programas de intervención, son claramente esperanzadores, tanto si se aplican en un medio comunitario, como en el ámbito penitenciario. El tratamiento psicológico resulta, por tanto, el más adecuado en la actualidad. Algunas dificultades para su aplicación son la negación -o, al menos, la minimización del problema- por parte del agresor, así como la atribución a la pareja del origen y mantenimiento del conflicto, lo que puede llevar a un rechazo del tratamiento o a un abandono prematuro del mismo. Por ello, para ayudar a evitar dichos abandonos, es fundamental que el tratamiento psicológico esté perfectamente articulado con las medidas penales establecidas hoy en día en nuestro código penal (Echeburúa, Fernández-Montalvo, y De la Cuesta, 2001).

Tabla 8. Resultados de los programas de intervención con hombres maltratadores

Autor y año	Seguimiento	Tipo de intervención	N	Rechazos %	Abandonos %	Resultados
Deschner <i>et al.</i> (1986)	1 año	IP-G	30	--	46%	MS
Harris (1986)	Postratamiento	TP	40	--	25%	MS
Hamberger y Hastings (1988)	Postratamiento	TCC-G	68	--	51%	MS
Edleson y Syers (1990)	6 meses	IP-G	500	43,4%	45,6%	MS
Faulkner <i>et al.</i> (1992)	Postratamiento	TCC-G	36	--	53%	MS
Palmer <i>et al.</i> (1992)	1 año	IP-G	59	--	30%	MS
Rynerson y Fishel (1993)	Postratamiento	IP-G	149	--	45%	MS
Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997)	3 meses	TCC-I	31	48%	--	69% de ET
Taylor <i>et al.</i> (2001)	1 año	IP-G	376	--	--	MS
Echeburúa <i>et al.</i> (2006)	Postratamiento	TCC-G	64	18,7%	7,6%	MS
Murphy <i>et al.</i> (2007)	6 meses	TCC-G	159	10%	11,2%	68% de ET
Eckhardt <i>et al.</i> (2008)	6 meses	TCC-G	199	--	40%	60% de ET
Echeburúa <i>et al.</i> (2009)	Postratamiento	TCC-G	148	--	31,8%	MS
Echeburúa <i>et al.</i> (2009)	1 año	TCC-I	451	56,5%	45%	52,6% de ET
Novo <i>et al.</i> (2012)	Postratamiento	TCC-G y TCC-I	130	--	--	MS
Boira <i>et al.</i> (2013)	3 y 6 meses	TCC-G y TCC-I	62	0%	8,5%	MS
Echauri <i>et al.</i> (2013)	1 año	TCC-G	300	--	--	34,6% de ET
Connors <i>et al.</i> (2013)	Postratamiento	TCC-G	159	--	13,8%	MS

IP = Intervención psicológica; TP = Terapia de pareja; TCC = Tratamiento cognitivo-conductual; G = Grupal; I = Individual; MS = Mejoría significativa; ET = Éxito terapéutico

Fuente: Tratamiento de agresores contra la pareja en programas de atención a drogodependientes: un reto de futuro (Fernández-Montalvo, López-Goñi, et al., 2011)

Se estima que alrededor del 20% de los agresores tratados reincide (Gondolf y White, 2001), cifra que aumenta hasta el 60% en estudios longitudinales (Klein y Tobin, 2008). Además, en un estudio realizado durante 6 años en Carolina del Norte se ha mostrado que la sola sanción penal impuesta a las personas que han cometido violencia doméstica no detiene ni disuade de futuros episodios por el mismo motivo (Sloan, Platt, Chepke y Blevins, 2013). Se hacen necesarias, por lo tanto, medidas complementarias, con el desarrollo de tratamientos que acompañen a las sanciones penales impuestas por las conductas delictivas llevadas a cabo.

En España entre 2006 y 2008 se estudiaron 12 entidades, con 14 programas de tratamiento para personas agresoras contra la pareja. En la mayoría de los casos se utilizan técnicas cognitivo-conductuales, aunque los distintos programas encuentran su inspiración en más de un modelo teórico. El 75% de los programas se decanta por un modelo de terapia grupal. En su mayoría se trata de sesiones de tipo vivencial, en lugar de sesiones teóricas o cursos. La duración es muy variable, oscilando entre 12 y 56 sesiones, con una periodicidad semanal, quincenal o mensual (Amikeco, 2008).

Teniendo en cuenta la tipología de maltratadores descrita por Cavanaugh y Gelles (2005), distintos investigadores indican las estrategias más eficaces a utilizar en el tratamiento (Amor et al., 2009):

- **Maltratadores de bajo riesgo.** Se recomienda utilizar estrategias para el control de la ira y abordar las ideas distorsionadas sobre la mujer y la violencia como forma de afrontar los problemas. Se recomienda la terapia de pareja en los casos en que la violencia sea claramente bidireccional y en que ambos miembros estén de acuerdo en acudir a tratamiento. Son requisitos para ello que se acepte la responsabilidad en la violencia, se tome conciencia de su impacto perjudicial sobre los demás y se muestre disposición y motivación para el cambio.
- **Maltratadores de riesgo moderado.** Se aconseja centrar la intervención en la regulación de la ira, los celos y la dependencia emocional (Saunders, 1993). Además, se deberían abordar los mismos aspectos que en la tipología anterior, excepto la terapia de pareja, que estaría contraindicada. Es conveniente abordar las creencias automáticas y percepciones vinculadas a la violencia (Chase et al., 2001), así como el entrenamiento en habilidades de comunicación y solución de problemas (Saunders, 1993).

- **Maltratadores de alto riesgo.** Son los menos receptivos a los tratamientos psicosociales tradicionales (Hamberger y Hastings, 1993). Los sujetos con rasgos de personalidad antisocial y narcisista-sádica, es decir, los maltratadores del Tipo 1 descritos por Gottman et al. (1995), son los que peor responden al tratamiento. Los mejores resultados se obtienen con este grupo al aplicar tratamientos cognitivo-conductuales centrados en cambiar las contingencias de su conducta violenta (Chase et al., 2001) o intervenciones psicosociales centradas en los costes de la agresión (económicos, pérdida de libertad, etc.). El tratamiento debe ser llevado a cabo en un contexto muy controlador, como pueden ser la prisión o la suspensión de la pena condicionada a la asistencia a la terapia (Cavanaugh y Gelles, 2005).

Desde una perspectiva psicoterapéutica, existe un interés creciente por el tratamiento psicológico de los agresores, tanto en el medio comunitario (Deschner et al., 1986; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997; Edleson y Syers, 1990; Faulkner et al., 1992; Hamberger y Hastings, 1988; Harris, 1986; Rynerson y Fishel, 1993) como en prisión (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009; Echeburúa et al., 2003, 2006). Diferentes programas de intervención con este tipo de agresores han ido surgiendo desde este enfoque.

A pesar del desarrollo de diferentes programas en el tratamiento de maltratadores contra la pareja, continúa abierta desde sus inicios la cuestión relativa a la eficacia de los mismos (Gondolf, 1997). Se han realizado distintos estudios para evaluar dichos programas, algunos de ellos en España (Medina, 2002). Existen problemas metodológicos que dificultan dicha tarea: los diseños cuasi-experimentales bastante débiles, las bajas tasas de respuesta en las encuestas tanto con víctimas como con agresores, la brevedad de los períodos de seguimiento o la exclusión en las evaluaciones de las personas que no terminaron el tratamiento, entre otros.

Frente a algunos autores que consideran que los estudios realizados prueban la eficacia del tratamiento de los maltratadores como prevención de futura violencia doméstica (Crowell y Burgess, 1996), otros mantienen una postura más crítica respecto a dicha eficacia (Jacobson y Gottman, 1998). En España algunas evaluaciones realizadas han apoyado la eficacia del tratamiento de las personas agresoras (Echeburúa y Corral, 1998).

Posteriores estudios han ofrecido resultados acerca de la eficacia de diversos tratamientos, tanto en el ámbito comunitario como en prisión.

Existen tres metaanálisis que incluyen, respectivamente, 22 estudios (Babcock et al., 2004), 10 estudios (Feder y Wilson, 2005) y 6 estudios (Smedslund et al., 2007). Dichas revisiones avalan la eficacia de los tratamientos para la violencia contra la pareja.

En cuanto a la eficacia diferencial de los diferentes programas de tratamiento para agresores en la pareja, los resultados no son concluyentes (Eckhardt et al., 2013). No obstante, cabe destacar que el mero hecho de aplicar un programa de tratamiento a los agresores es más efectivo que no aplicarlo, para la prevención de futuros episodios de violencia contra la pareja.

La eficacia de los programas de tratamiento depende fundamentalmente de la motivación para el tratamiento, auténtica piedra angular del éxito del tratamiento y motor del cambio en la persona maltratadora. En la revisión citada (Eckhardt et al., 2013) se indica que son más eficaces los programas que trabajan la motivación y disposición al cambio. En este sentido, se ha publicado una evaluación sobre la eficacia de la aplicación de una sesión breve única de refuerzo motivacional llevada a cabo con 82 maltratadores previamente a la aplicación de un tratamiento (Crane y Eckhardt, 2013). La aplicación de dicha sesión aumenta la asistencia al tratamiento y el correcto seguimiento del mismo. Sin embargo, no se ha encontrado asociación directa con una disminución de la reincidencia.

Dado que no existen estudios empíricos que demuestren la superioridad de la intervención grupal sobre el formato individual en el tratamiento, existen autores que defienden éste último a la hora de trabajar con las personas violentas en la pareja (Murphy y Meis, 2008). Dichos autores subrayan cómo mediante la entrevista motivacional individual puede lograrse tanto una mejor adherencia de la persona al tratamiento como una mejor adaptación del terapeuta a la etapa del proceso de cambio

en la que se encuentra. Sin embargo, son pocas las experiencias de tratamiento individualizado llevadas a cabo con esta población.

Parece que las perspectivas de futuro en los programas eficaces para personas maltratadoras se centran en la aplicación de un tratamiento individual, ajustado a las necesidades específicas de cada sujeto, enmarcado en un programa de violencia familiar más amplio. El programa debe tener una duración de al menos 4 meses y contar con controles de seguimiento que cubran un período de 1 ó 2 años. Conseguir una mejora en la motivación para llevarlo a cabo es el principal predictor de éxito (Echeburúa, Corral, et al., 2004). Puede resultar de interés tener en cuenta los conceptos de etapas de cambio y disponibilidad al mismo (Gondolf, 2011). Parece que los hombres que inicialmente están menos dispuestos a cambiar responden mejor a un enfoque que tenga en cuenta las etapas de cambio desde la entrevista motivacional, mientras que los hombres más dispuestos a cambiar se benefician más de un enfoque basado en terapia cognitivo-conductual tradicional (Alexander, Morris, Tracy y Frye, 2010). Esto es, conviene adaptar los programas de intervención con maltratadores a la disposición inicial de los individuos para cambiar.

En España sería conveniente contar con más estudios longitudinales que indiquen la tasa de éxito de los programas de tratamiento, más allá de la finalización de los mismos. Hasta el momento, tal como se presentaba en la Tabla 8, sólo se han identificado cuatro programas con seguimientos de este tipo, presentando tasas de éxito variables, de entre el 18% y el 54% (Amikeco, 2008).

Como puede observarse, desde la perspectiva de las recaídas existen pocas investigaciones que analicen las tasas de reincidencia tras la finalización del tratamiento. En cualquier caso, diferentes autores (Hamberger y Hastings, 1989; Shepard, 1992) señalan, por un lado, que el mero hecho de recibir un tratamiento reduce considerablemente la tasa de reincidencia, y por otro, que las recaídas dependen más de las características personales de las personas agresoras que del tipo de intervención recibida. Por otro lado, la alta tasa de abandonos en los

primeros meses de tratamiento dificulta la realización de seguimientos adecuados. Los resultados existentes ofrecen tasas de recaídas altas en los períodos de seguimiento de 6 a 12 meses, oscilando entre el 30% y el 50% (Edleson y Grusznski, 1989; Edleson y Syers, 1990; Shepard, 1992).

En España se han estudiado algunas variables predictoras del abandono del tratamiento de programas para varones maltratadores (Boira y Jodra, 2010), encontrándose que la existencia de historia psicológica o psiquiátrica, y las pautas de consumo tanto de alcohol como de otras drogas, predicen el abandono. La existencia de trastornos de personalidad, el comportamiento de celos, el tipo de violencia empleada o el momento del inicio de la conducta violenta y su duración no son según este estudio variables predictoras.

En un metaanálisis realizado a partir de 30 estudios (Jewell y Wormith, 2010) se encontraron las siguientes variables con diferencias significativas entre los casos que completaron el tratamiento y aquellos que lo abandonaron: el empleo, la edad, los ingresos, la educación, el estado civil, la raza, acudir por vía judicial, los delitos previos de violencia doméstica, los antecedentes penales, y el consumo de alcohol y de otras drogas.

1.6.1. Tratamiento en el ámbito comunitario

Diferentes autores han realizado revisiones de las principales intervenciones con maltratadores en el ámbito comunitario (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997). Las primeras intervenciones terapéuticas con maltratadores se enmarcaron teóricamente dentro del modelo del ciclo de la violencia familiar (Walker, 1979). En concreto, Deschner, McNeil y Moore (1986) llevaron a cabo una intervención grupal de 10 semanas de duración. Las sesiones, semanales, eran de 2,5 horas. El programa consistía en técnicas de tiempo-fuera, control de los hábitos de bebida, reevaluación cognitiva y autoinstrucciones, entrenamiento en asertividad y técnicas de afrontamiento de la ira. Al cabo de un año de seguimiento se observó una

mejoría significativa en todos los pacientes que finalizaron el tratamiento. Sin embargo, la tasa de abandonos durante los períodos de seguimiento fue muy alta.

En el mismo marco teórico se sitúa el estudio de Harris (1986). Con una tasa del 73% de mejoría en el postratamiento, los factores asociados al éxito terapéutico fueron: la edad elevada del maltratador, una situación económica desahogada, el comienzo tardío de la violencia y la realización de un mayor número de sesiones de pareja. Todas ellas actuaron como variables predictoras de éxito terapéutico.

El programa cognitivo-conductual desarrollado por Hamberger y Hastings (1988) con 71 hombres maltratadores constaba de 15 sesiones semanales de 2,5 horas cada una. Se utilizaron técnicas de reestructuración cognitiva, técnicas de relajación, el tiempo-fuera y el entrenamiento en habilidades de comunicación y asertividad. En la evaluación, realizada mediante las Conflict Tactics Scales (CTS) (Straus, 1979) se observó un cambio significativo en las conductas de violencia física contra la pareja, antes y después del tratamiento. No se redujo del mismo modo, sin embargo, el maltrato psicológico. La tasa de abandonos fue del 50,7% de la muestra, pese a que la mayoría de ellos, el 61%, habían sido enviados al programa por orden judicial.

Edleson y Syers (1990) realizaron un experimento con 283 hombres en el que comparaban 6 condiciones experimentales, con el objetivo de conocer cuál era el formato de tratamiento grupal más efectivo para los hombres violentos con la pareja. Se compararon 3 modalidades terapéuticas grupales diferentes (modelo educativo, modelo de autoayuda y modelo combinado) con dos duraciones diferentes cada uno de ellos (12 y 32 sesiones). Llevaron a cabo evaluaciones en el pretratamiento, en el postratamiento y en un seguimiento realizado a los 6 meses. No encontraron diferencias significativas entre las 6 modalidades estudiadas, aunque hubo una ligera superioridad de los grupos educativo y combinado sobre el de autoayuda. Como en el estudio anterior, la tasa de abandonos fue alta (54%). Los sujetos que abandonaron el tratamiento presentaban un

nivel de formación académica más bajo y una situación económica más precaria, en comparación con los que finalizaron el tratamiento, confirmando lo encontrado en estudios anteriores (Grusznski y Carrillo, 1988). En la evaluación de seguimiento sólo pudieron evaluar a un tercio de la muestra inicial.

En otro estudio (Faulkner et al., 1992) se compararon dos variantes de un tratamiento cognitivo-conductual, cada una de ellas llevada a cabo con 15 maltratadores. En una de ellas se utilizaban técnicas de control de la ira y entrenamiento en habilidades de comunicación así como de solución de problemas. En la otra, se ponía el acento en técnicas de control de los celos, técnicas de tiempo-fuera y habilidades de afrontamiento de situaciones problemáticas. El tratamiento tuvo una duración de 4 semanas, con 2 sesiones semanales de 2 horas cada una. En la evaluación postratamiento se encontró una reducción significativa de la violencia, pero no así en otras variables asociadas, tales como asertividad, autoestima, ansiedad o depresión. Estos resultados se repetían en el seguimiento realizado a los 6 meses, aunque la muestra era muy pequeña (5 y 3 sujetos, respectivamente).

Rynerson y Fishel (1993) llevaron a cabo un tratamiento con 53 maltratadores. Constaba de 8 sesiones de 2 horas cada una, con una periodicidad semanal. Consistía en una intervención educativa sobre la violencia y en técnicas de tiempo-fuera, de control de la ira, de entrenamiento en habilidades de comunicación y de control de los celos, así como intervenciones sobre el consumo excesivo de alcohol y sobre los estereotipos sexuales. La evaluación realizada tras el tratamiento tanto en los hombres maltratadores como en las mujeres víctimas mostró una mayor armonía en la pareja.

Entre 1995 y 1996 tuvo lugar un estudio-piloto con una muestra de 31 pacientes que acudieron a tratamiento al Programa de Atención Psicológica para Maltratadores Domésticos, perteneciente al Servicio de Violencia Familiar de la Diputación de Vizcaya (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997). De ellos, 15 sujetos (48%) rechazaron el tratamiento. El

protocolo de tratamiento con los 16 sujetos restantes constó de 15 sesiones individuales de una hora de duración, con una frecuencia semanal. El programa, cognitivo-conductual, abordaba las siguientes áreas (Tabla 9):

- **Aspectos motivacionales.** Asunción de la propia responsabilidad, motivación para la terapia, conocimiento de las ventajas del tratamiento grupal y aceptación de los principios básicos de la terapia.
- **Aspectos psicopatológicos.** Se trabajan el déficit de empatía y el analfabetismo emocional, las ideas distorsionadas sobre los roles sexuales y sobre la violencia como forma de solución de problemas, el descontrol de la ira, la ansiedad y el estrés, la sintomatología depresiva, los celos patológicos, los déficits de asertividad y de comunicación, los déficits en resolución de problemas y los déficits en las relaciones sexuales.
- **Prevención de recaídas.** Se abordan los déficits de autoestima, el consumo abusivo de alcohol y otras drogas, y la evitación de situaciones de riesgo.

Tabla 9. Protocolo de tratamiento

Aspectos psicopatológicos	Técnicas terapéuticas
Ira descontrolada	Explicación del ciclo de la violencia y del proceso de escalada de la ira Suspensión temporal Distracción cognitiva Entrenamiento en autoinstrucciones
Ansiedad/estrés	Relajación
Celos patológicos	Reestructuración cognitiva Saciación
Consumo abusivo de alcohol	Programa de bebida controlada
Déficits de asertividad y de comunicación	Entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación
Déficits en la resolución de problemas	Entrenamiento en solución de problemas
Ideas distorsionadas sobre los roles sexuales y sobre la violencia como forma de solución de problemas	Educación sobre la igualdad de los sexos Reestructuración cognitiva
Déficits en autoestima	Revaluación cognitiva
Déficits en las relaciones sexuales	Educación sobre la sexualidad en la pareja

Fuente: Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998)

Entendiendo como éxito terapéutico la desaparición de los episodios de maltrato, la tasa de éxito en los sujetos que aceptaron y completaron el tratamiento fue muy alta: 81% de éxitos en el momento de la finalización del mismo. En los períodos de seguimiento se produjo una disminución gradual del mismo, siendo del 75% en el seguimiento de 1 mes y del 69% en el seguimiento de 3 meses. Sin embargo, la tasa de rechazos y abandonos fue alta. Por otro lado, existió entre el pretratamiento y el postratamiento una clara mejoría en todas las variables estudiadas, relacionadas tanto con el maltrato como con los síntomas psicopatológicos, manteniéndose la misma en el seguimiento realizado a los 3 meses.

Otro estudio, en esta ocasión sobre un caso único de tratamiento cognitivo-conductual, fue publicado por los mismos autores un año más tarde (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1998). Llevaron a 11 sesiones individuales y 5 de pareja, todas de una hora de duración y frecuencia semanal, con un hombre de 41 años que había ejercido maltrato físico y psicológico con su pareja durante 17 años. Los resultados indicaron una mejoría significativa general, que se mantuvo a los 18 meses de seguimiento. Los cambios producidos fueron desiguales en las distintas variables. Mientras que los episodios de maltrato desaparecieron rápidamente tras el inicio de la intervención terapéutica y dicha mejoría se mantuvo en el seguimiento, en las medidas psicopatológicas el cambio tuvo lugar de una manera más lenta, pero gradual, incluyendo en la mejoría paulatina los períodos de seguimiento.

Posteriormente se realizó una evaluación del programa de tratamiento de los dos estudios anteriores a partir de una muestra de 196 sujetos, correspondiente a hombres que acudieron en busca de ayuda terapéutica al programa de tratamiento psicológico para hombres que ejercen violencia contra sus parejas, dependiente de la Diputación Foral de Álava, entre 1997 y 2007 (Echeburúa, Sarasúa, Zubizarreta y Corral, 2009). El programa se llevó a cabo en un medio comunitario, en el que los casos tratados por vía judicial fueron muy escasos. Consistió en sesiones semanales a lo largo de 6 meses, con formato individual. Se realizaron evaluaciones en el pretratamiento, en el postratamiento y en los

seguimientos a los 1, 3, 6 y 12 meses. Los resultados arrojaron, en primer lugar, una alta tasa de rechazos y abandonos, al igual que ocurre en otros estudios (Daly y Pelowski, 2000; Hamberger et al., 2000): el 43,5% de los 451 sujetos que acudieron solicitando información se incorporaron al programa, y un 45% de los participantes lo abandonaron prematuramente. Sin embargo, los resultados obtenidos con quienes completaron el programa mostraron la utilidad del mismo: la tasa de éxito fue del 88%, habiendo desaparecido en 95 de los 108 casos que lo terminaron los episodios de maltrato en la evaluación postratamiento. Este resultado se mantuvo en los seguimientos, aunque en estas medidas hubo una pérdida de pacientes en las evaluaciones. A largo plazo, al menos el 53% de los sujetos habían eliminado todas las manifestaciones de la violencia, y mostraban una mejoría en la autoestima, la empatía, las distorsiones cognitivas y los síntomas psicopatológicos (ansiedad, depresión, ira e inadaptación a la vida cotidiana). Así pues, en los casos en que el agresor tiene conciencia de su problema y está motivado para iniciar el tratamiento, las tasas de éxito son altas, al igual que ocurre en otros estudios (Babcock et al., 2004).

El mismo equipo investigador presentó un estudio *ex post facto* (Echeburúa, Sarasúa, Zubizarreta, Amor y Corral, 2010), con una muestra de 451 sujetos que habían acudido al tratamiento comunitario descrito en el estudio anterior (Echeburúa, Sarasúa, et al., 2009). En él se estudiaron las variables predictoras del rechazo, abandono y fracaso terapéutico en dicho tratamiento psicológico en el marco comunitario. La probabilidad de rechazo de la terapia era mayor cuando los agresores eran inmigrantes y cuando no se trataba también a la víctima dentro de un abordaje integral. El abandono del tratamiento era mayor cuando estaban en paro y cuando no se trataba a la víctima. Los fracasos terapéuticos eran más probables cuando los agresores eran menos empáticos y estaban más inadaptados a la vida cotidiana.

En un estudio reciente se ha evaluado la efectividad de un programa de tratamiento psicológico para hombres inmigrantes que han cometido un delito de violencia de género (Echauri et al., 2013). Se llevó a cabo el

tratamiento descrito en los estudios anteriores, recogido en la Tabla 9, con una muestra de 300 sujetos, la mitad de ellos inmigrantes. El tratamiento tuvo lugar con 51 sujetos en prisión, y con los 249 restantes en consulta en el ámbito comunitario. Los resultados mostraron la utilidad del programa tanto con los pacientes nacionales como con los inmigrantes, sin que hubiera entre ellos diferencias significativas. La tasa de éxito en el postratamiento, entendida como la desaparición de la violencia tanto física como psicológica, además de una disminución en los síntomas psicopatológicos hasta valores estándar de "normalidad" y una mejora en otras variables, fue del 34,6% en ambos grupos. La tasa de mejoría, definida como desaparición de la violencia tanto física como psicológica, pero sin mejoría clara en las demás variables, fue del 51,3% en ambos grupos. En el 85,9% de los casos hubo un cese en las conductas violentas. A los 12 meses de seguimiento se mantuvieron los resultados, con una tasa combinada de éxito y mejoría del 87%, similar en ambos grupos.

En la evaluación de un programa de tratamiento cognitivo-conductual desarrollado en Galicia con 130 hombres condenados por violencia contra su pareja se encontró que hubo mejorías significativas importantes en la hostilidad, y moderadas en los síntomas depresivos y en las ideas persecutorias (Novo et al., 2012). Estas tres variables habían sido identificadas, antes del tratamiento, como las más relevantes y diferenciales en esta población, con respecto a la población general. Se señaló la efectividad del programa en el tratamiento de los pensamientos violentos.

Un estudio llevado a cabo con 199 agresores contra la pareja derivados judicialmente para realizar un tratamiento psicológico se planteó determinar si la motivación y la disponibilidad para cambiar y la pertenencia a diferentes subtipos en el perfil de los agresores podían predecir la terminación del tratamiento y las recaídas durante y después del tratamiento (Eckhardt et al., 2008). En dicho estudio el 40% de la muestra no terminó el tratamiento. En él se encontraron 4 subtipos en cuanto a la tipología de la violencia de pareja presentada por Holtzworth-Munroe et al. (2000). El 76% de los hombres mostraban en su perfil una etapa con resistencias al cambio. Los resultados indicaron que el subtipo de perfil

respecto al tipo de violencia era un buen predictor de la cumplimentación del tratamiento, existiendo una mayor probabilidad de abandono en los subtipos límite/disfórico y violento generalizado/antisocial; sin embargo, no se encontró que fuera un predictor fiable la disposición al cambio anterior al tratamiento.

En la mayor parte de los estudios descritos hasta este punto las muestras estaban compuestas por agresores que acudían por vía judicial al tratamiento, o por una mezcla de estos y de personas que voluntariamente acudían al mismo. En Noruega (Palmstierna, Haugan, Jarwson, Rasmussen y Nottestad, 2012) se llevó a cabo un estudio con 36 hombres que voluntariamente pidieron ayuda para tratar su problema de violencia hacia su pareja. Tras 15 sesiones de terapia cognitivo-conductual grupal se produjo una reducción significativa de todas las formas de violencia, evaluadas mediante la CTS (Straus, 1979). No encontraron diferencias significativas entre quienes accedieron directamente al tratamiento y quienes formaron parte de una lista de espera de 4 meses.

El Programa Contexto es un programa de intervención comunitario para agresores contra la pareja desarrollado por la Universidad de Valencia. Está basado en el modelo ecológico (Heise, 1998). Su principal objetivo es reducir los factores de riesgo e incrementar los factores de protección relacionados con la violencia contra la pareja, en distintos niveles: individual, interpersonal, situacional y macrosocial (Lila et al., 2010). A partir de una muestra de 212 hombres condenados por violencia contra la mujer en la relación de pareja, con una sentencia menor de dos años y que se beneficiaron de una suspensión de condena condicionada a la realización del programa, se trató de predecir indicadores de éxito de dicho programa. Los participantes con mayor ganancia en disminución del riesgo de reincidencia fueron aquellos con menor consumo de alcohol, menor tiempo de condena, menor impulsividad y mayor grado de satisfacción con la vida. La mayor ganancia en la gravedad percibida se dio en los usuarios más jóvenes, con menor tiempo de condena, menor consumo de alcohol, mayor satisfacción con la vida, mayor participación en la comunidad y mayor autoestima. Por último, se dieron mayores ganancias en la asunción de

responsabilidad en los de mayor edad, mayor apoyo íntimo, menor control de la ira, y mayores niveles de ansiedad, depresión, sexismo, impulsividad y autoestima (Lila, Oliver, Galiana y Gracia, 2013).

Por otro lado, también se han comparado tres condiciones de tratamiento diferentes llevadas a cabo con hombres condenados por violencia contra la pareja en el Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas de Zaragoza (Boira, Lopez del Hoyo, et al., 2013). Se dividió a los 62 participantes en tres grupos: Terapia Grupal Abierta (los terapeutas decidieron el área de trabajo de cada sesión un función de la evolución del grupo), Terapia Grupal Estructurada (se abordaron las áreas de trabajo siguiendo un orden estructurado en función de la secuencia marcada en el programa) y Terapia Individual. La condición de Terapia Grupal Estructurada fue la que mostró mayores valores de cambio. En el polo opuesto, la condición de Terapia Individual mostró en el postratamiento aumentos en las variables sensibilidad interpersonal, depresión, hostilidad, Índice Global de Gravedad (GSI), Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI) y Total de Síntomas Positivos (PST), medidas mediante el Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis, 1992; versión española de González de Rivera, 2002).

En cualquier caso, es importante tener en cuenta las singulares características de los tratamientos de maltratadores cuando estos consisten en medidas alternativas al ingreso en prisión, en los que el tratamiento no es realmente voluntario. Surgen en este caso dificultades relacionadas con el contexto de la intervención, las características del agresor o las del propio terapeuta. Una revisión de las principales habilidades y estrategias que el terapeuta puede utilizar para facilitar el proceso terapéutico en dicha situación ha sido llevada a cabo recientemente (Carbajosa, Boira y Tomás-Aragónés, 2013). Todas ellas tienen como objetivo definir claramente el contexto de la intervención, el manejo de la relación terapéutica y la propia capacidad de análisis y reflexión del terapeuta. Entre dichas habilidades se señalan la claridad, el conocimiento del tema, generar confianza, la flexibilidad, la empatía, la asertividad, la actitud de apoyo, el equilibrio, el adecuado manejo de las emociones, el autocuidado y la conciencia de

género. Dos estudios llevados a cabo por el mismo equipo profundizan en estas estrategias, encontrándose en ellos que la alianza terapéutica está relacionada con la eficacia de los programas, y que el contexto terapéutico puede jugar un importante papel en la adhesión de los agresores al tratamiento, aumentando su motivación y mejorando los resultados (Boira, Del Castillo, Carbajosa y Marcuello, 2013).

1.6.2. Tratamiento en prisión

A la hora de abordar un tratamiento con maltratadores que se encuentran en prisión se hace necesario partir de las peculiaridades de dicho colectivo, en comparación con otros agresores con quienes, aunque también han sido derivados judicialmente, se trabaja en el medio comunitario. Los sujetos que se encuentran en prisión presentan mayor gravedad en ciertas variables (Fernández-Montalvo, Echauri, Martínez y Azkarate, 2012). Por un lado, muestran una mayor tasa de pensamientos irracionales tanto sobre la mujer como sobre la violencia como estrategia para afrontar los conflictos. Además de ello, presentan una mayor tasa de síntomas psicopatológicos y una mayor ira. Esta diferencia en el perfil de la población reclusa condenada por violencia contra la pareja hace necesaria una adaptación de los tratamientos desarrollados en el medio comunitario.

En el ámbito penitenciario, los programas aplicados en España, tanto en el medio cerrado como en las medidas penales alternativas, integran sus distintos enfoques teóricos en una base práctica común con un modelo de intervención cognitivo-conductual (Carbajosa y Boira, 2013). Todos ellos comparten elementos comunes como la aceptación de la responsabilidad sobre la violencia, la empatía y la gestión emocional, la reestructuración cognitiva de ideas distorsionadas sobre la violencia y la mujer, las habilidades sociales y de afrontamiento, la prevención de recaídas, así como los aspectos relacionados con el género (Martínez y Pérez, 2009).

La primera experiencia piloto llevada a cabo en España en el interior de las prisiones mediante un programa voluntario tuvo lugar entre los años

2001 y 2002 (Echeburúa et al., 2003, 2006). A partir de 2004, con el endurecimiento de las penas para los delitos de violencia de género, el número de condenados con imposición judicial de programas de tratamiento se disparó, de modo que diversas entidades tanto públicas como privadas comenzaron a implantar programas en colaboración con Instituciones Penitenciarias (Boira, 2010). En 2005 se publicó el *Programa de tratamiento en prisión para agresores en el ámbito familiar* (Expósito y Ruiz, 2010). Los dos modelos de tratamiento que se aplican tanto en las prisiones españolas como en el cumplimiento de medidas penales alternativas son el Programa de Intervención para Agresores (PRIA) (Ruiz et al., 2010), implantado en todo el territorio nacional a excepción de Cataluña, y el Programa Marco de Tratamiento de Violencia de Género (Subdirecció de Programes de Rehabilitació i Sanitat, 2010), aplicado en dicha comunidad. La intervención se centra en la motivación y las etapas de cambio a lo largo del programa, la violencia psicológica, la paternidad responsable y el efecto de la violencia sobre los hijos (Ruiz et al., 2010).

Un estudio piloto sobre el primer tratamiento psicológico cognitivo-conductual realizado en España fue llevado a cabo en 2001 y 2002 en 8 prisiones españolas (Echeburúa et al., 2006). El tratamiento, llevado a cabo con 52 sujetos condenados por delitos graves de violencia de género, consistió en 20 sesiones grupales con una frecuencia semanal. La intervención se centró en tres partes: aspectos motivacionales del programa, aspectos psicopatológicos relacionados con la violencia y prevención de recaídas. Completaron el programa el 92% de los sujetos; 4 internos abandonaron el programa en su inicio por falta de motivación. Los resultados, favorables, reflejaron mejorías en las distorsiones cognitivas relacionadas con el uso de la violencia y con el rol de la mujer, en la tasa global de sintomatología asociada y en los niveles de ira y hostilidad. Todas estas variables disminuyeron claramente. Los mejores resultados fueron obtenidos por los sujetos sin historia psiquiátrica anterior, con un menor grado de sintomatología asociada y con menores niveles de hostilidad en el tratamiento. La única diferencia entre los pacientes que abandonaron el tratamiento y los que lo completaron era el nivel de motivación inicial para el tratamiento.

Posteriormente, este mismo equipo llevó a cabo una evaluación de la efectividad de un programa de tratamiento psicológico para hombres encarcelados por un delito grave de violencia contra la pareja (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009). Participaron en la muestra 18 prisiones españolas, y 148 hombres. Su perfil correspondía al de un varón de 40 años, divorciado (52,8% de la muestra), con estudios primarios (79,8%), y nivel socio-económico medio-bajo. El 43% de ellos presentaba antecedentes psiquiátricos (el 87% adicciones y el 9% depresión), y sólo uno de cada tres tenía antecedentes penales. El tratamiento consistió en un programa cognitivo-conductual de 20 sesiones grupales, de periodicidad semanal, que incluía aspectos motivacionales del programa, tratamiento de aspectos psicopatológicos asociados y prevención de recaídas en la violencia. Los resultados del estudio reflejaron mejorías significativas en los sesgos cognitivos relacionados con el rol de la mujer y con el uso de la violencia, en los síntomas psicopatológicos, en la impulsividad y en la ira (todos ellos disminuyeron tras el tratamiento), así como en la autoestima, que aumentó. Completaron el programa el 68,2% de los sujetos. De los abandonos, el 66% lo fueron por falta de motivación y el 33% por excarcelación o traslado. Entre ambos grupos la única diferencia significativa fue la presencia de antecedentes penales: quienes tenían antecedentes penales tuvieron una mayor adherencia al tratamiento. Los predictores de fracaso en el tratamiento encontrados fueron tener una alta impulsividad o tener síntomas depresivos anteriores al tratamiento.

Fuera de nuestras fronteras, una evaluación del High Intensity Family Violence Prevention Program (HIFVPP) ha sido realizada en Canadá con una muestra de 159 sujetos. Dicho programa está dirigido a hombres que están en prisión por violencia contra su pareja. La evaluación realizada reflejó mejoras en distintas áreas. Se encontró que una mejora positiva en la motivación estaba asociada con una mejoría en los resultados del programa (Connors et al., 2013).

En resumen, desde una perspectiva terapéutica se observa un interés creciente por el tratamiento psicológico de las personas que cometen

violencia contra sus parejas. La mayor parte de los estudios se han llevado a cabo en un medio comunitario, donde han surgido en los últimos años programas específicos de intervención con este tipo de agresores. Otro ámbito de aplicación de dichos programas son las prisiones en las que los agresores se encuentran cumpliendo condena. Los resultados obtenidos en dichos estudios son claramente esperanzadores. Parece que el tratamiento más adecuado es el psicológico con un enfoque cognitivo-conductual.

2. VIOLENCIA Y CONSUMO DE DROGAS

2.1. CONSUMO DE DROGAS: CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTOS

El conocimiento de las cuestiones relacionadas con el consumo de drogas ha aumentado considerablemente en los últimos años, sin duda debido a la gravedad de los problemas relacionados con el abuso y la adicción, y a la preocupación social sobre este tema (López-Goñi, Fernández-Montalvo y Arteaga, 2012a).

Diversos cambios han tenido lugar en el contexto del consumo de drogas en España durante las últimas décadas (López, 2006). Ha aumentado la prevalencia de los consumos, especialmente en el caso de la cocaína y del cannabis, aunque la tendencia en estos últimos años está siendo a estabilizarse o incluso sufrir un pequeño descenso (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2013). Se ha dado una diversificación en los tipos de drogas consumidas, especialmente notable en el caso de las drogas estimulantes y alucinógenas. El precio de las drogas ha disminuido, incorporándose al mercado sustancias cada vez más accesibles económicamente. Por último, se ha dado un fenómeno de generalización en el consumo, que ha pasado de ocupar ámbitos reducidos a tener una mayor difusión y ocupación de espacios del conjunto de la sociedad, especialmente en momentos de ocio. Esta extensión del consumo ha dado lugar, entre otros, a dos fenómenos: la iniciación más temprana al consumo en todas las sustancias, y la creciente participación de las mujeres en el mismo (Gavari, 2008).

Los enfoques adoptados para dar respuesta a la problemática generada por el abuso de drogas y la adicción han sido múltiples y de muy diversa índole. Debido a la amplia y rápida expansión que tuvieron las drogodependencias en las décadas de los años 80 y 90, en aquellos momentos se crearon variados modelos y recursos de intervención, muchos de ellos no profesionales y carentes de base científica (López-Goñi, 2008).

Sin embargo, el aumento del interés en los problemas de la adicción ha conllevado, entre otros aspectos, un conocimiento más preciso de los aspectos psicopatológicos de la adicción (Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010; Landa, Fernández-Montalvo, López-Goñi y Lorea, 2006; Lorea, Fernández-Montalvo, López-Goñi y Landa, 2009), el desarrollo de herramientas de evaluación específicas (López-Goñi, Fernández-Montalvo y Arteaga, 2012b) y el establecimiento de programas de tratamiento específicos, validados empíricamente (Fernández-Montalvo, López-Goñi, Illescas, Landa y Lorea, 2008; Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003).

Existen tres tipos de programas, en función del objetivo final que persiga el tratamiento: aquellos que buscan la abstinencia de la sustancia objeto de abuso, los que buscan la sustitución de la droga consumida por otra sustancia con menores efectos tóxicos y menor potencial de abuso, y finalmente los programas que persiguen una disminución de los riesgos asociados al consumo (López-Goñi, 2008).

La eficacia de los tratamientos para la drogodependencia puede atribuirse a diversos factores (López-Goñi et al., 2010): la duración del programa de tratamiento, el tipo o modalidad de tratamiento aplicado, la sustancia motivo de tratamiento, el sexo, la presencia o no de patología dual (Fernández-Montalvo et al., 2004), la finalización o no del programa de tratamiento (Fernández-Hermida, Secades, Fernández y Marina, 2002; Fernández-Montalvo et al., 2008), el consumo de sustancias después de finalizar el tratamiento y/o la presencia de recaídas durante el seguimiento (Bodin y Romelsjö, 2006, 2007; Ravndal, Vaglum y Lauritzen, 2005), y una combinación de diferentes elementos tales como la situación laboral y legal o el tipo de programa de tratamiento aplicado (Webster, Staton-Tindall, Duvall, Garrity y Leukefeld, 2007).

En los últimos años, diversos estudios han mostrado la eficacia del tratamiento de la drogodependencia en las comunidades terapéuticas (Edelen, Miles, Osilla y Wenzel, 2008; Fernández-Hermida et al., 2002; Fernández-Montalvo et al., 2008; López-Goñi, Fernández-Montalvo, Illescas, Landa y Lorea, 2008; Ravndal et al., 2005; Simpson et al., 1997). Se han

encontrado mejorías significativas al final del tratamiento, no sólo respecto al uso de drogas, sino también en otras áreas como los ámbitos laboral, sanitario, social y la relación de pareja (López-Goñi et al., 2010).

Proyecto Hombre cuenta con las comunidades terapéuticas mejor conocidas y con mayor implantación en España. Se trata de un programa libre de drogas que busca la abstinencia en el consumo de drogas (López-Goñi et al., 2010). En los últimos años ha desarrollado, además del tratamiento residencial en régimen de internado propio de la comunidad terapéutica, otros programas ambulatorios dirigidos a usuarios con un menor grado de desestructuración y un alto soporte por parte de su entorno. Es el caso de Proyecto Hombre Navarra, en el que, además del programa de la comunidad terapéutica, se cuenta con el programa ambulatorio Aldatu, destinado a tratar dicho perfil de usuarios.

Distintos estudios han demostrado la eficacia del tratamiento en la comunidad terapéutica de Proyecto Hombre (Fernandez-Hermida et al., 2002; Fernández-Montalvo et al., 2008; López-Goñi et al., 2008a; Valero-Aguayo, Ortiz-Tallo, Parra-Garcia y Jimenez-Guerra, 2013). En un estudio realizado en Proyecto Hombre de Navarra y de Asturias (López-Goñi et al., 2010) se encontró que las áreas que experimentaron mejorías en el seguimiento realizado después de un año tras la finalización del tratamiento fueron, por este orden, el consumo de alcohol (con mejoría en el 66,7% de los casos), económica (59,1%), laboral (46,1%), consumo de drogas (39,8%), legal (30,7%), médica (16,5%), social (14,5%), psiquiátrica (11,6%) y familiar (7,9% de los casos).

Del mismo modo, se han publicado estudios acerca de las características de los pacientes con mayor probabilidad de abandono del tratamiento en Proyecto Hombre. En uno de ellos, realizado en Málaga, se han encontrado como factores relacionados con los abandonos el policonsumo, el abuso emocional y físico, y la cantidad de conflictos familiares (Valero-Aguayo et al., 2013). En otro estudio realizado en Proyecto Hombre Navarra, mediante un análisis clúster, se encontró un grupo con tasas de abandono significativamente mayores, en el que la

característica principal era la presencia de una alta problemática laboral unida a un alto consumo de alcohol (López-Goñi et al., 2012a).

En los ámbitos social y educativo, estrechamente relacionados con el estudio de las conductas adictivas, el cambio en el abordaje de las adicciones también ha sido importante. Destacan la implantación de programas de prevención selectiva e indicada dirigidos a los adolescentes en situación de riesgo y en el desarrollo de programas de prevención universal en el ámbito educativo dirigidos a toda la población infantil y adolescente (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas - NIDA, 2003).

2.2. CONDUCTAS VIOLENTAS EN PERSONAS ADICTAS A DROGAS

La drogodependencia es un problema multidimensional que afecta a todas las facetas de la vida de quienes la padecen. Es relativamente frecuente que las personas adictas se vean implicadas en conductas violentas y actividades delictivas (Fernández-Montalvo, López-Goñi y Arteaga, 2012). Dicha relación se observa también de modo inverso: diferentes estudios internacionales señalan que entre el 18% y el 30% de los hombres en prisión y entre el 10% y el 24% de las mujeres encarceladas presentan abuso o dependencia del alcohol, y que entre el 10% y el 48% de los hombres y entre el 30% y el 60% de las mujeres en prisión presentan abuso o dependencia de otras drogas (Fazel, Bains y Doll, 2006).

Son varios los estudios que han mostrado evidencias científicas sobre la existencia de altas tasas de violencia física entre pacientes adictos (Clements y Schumacher, 2010; Fernández-Montalvo, López-Goñi, et al., 2011; Moore et al., 2008). Algunos autores consideran que la violencia es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad entre pacientes adictos, especialmente en el caso de las sustancias ilegales (Marshall et al., 2008).

La presencia del consumo de alcohol y otras drogas entre las personas violentas está bien documentada. El consumo de sustancias aparece frecuentemente relacionado con la presencia de conductas violentas contra la sociedad, así como con la comisión de otros actos delictivos. En el estudio de Colasanti, Natoli, Moliterno, Rossattini, De Gaspari y Mauri (2008), con una muestra de 350 pacientes psiquiátricos, presentaron conductas agresivas el 45% de los pacientes. Estas conductas violentas estaban asociadas, entre otros factores, al abuso de alcohol o drogas. Datos similares se han obtenido en otros estudios en los que el consumo de alcohol aparece ligado a la violencia contra otras personas, tanto cercanas como por ejemplo inmigrantes (Peralta et al., 2010).

Marshall et al. (2008) encontraron, en una muestra de 1.114 toxicómanos que consumían sustancias por vía intravenosa, que a lo largo de un seguimiento de 5 años el 70% de las mujeres y el 66% de los hombres informaban de algún tipo de agresión. En esta misma línea, Mericle y Havassy (2008), en un estudio realizado con 419 pacientes ingresados en dispositivos psiquiátricos y de tratamiento por abuso de sustancias, encontraron que el 41% de la muestra estudiada había estado implicado en conductas violentas durante el mes anterior al estudio. Además, en el 40% de los incidentes detectados estaba presente el consumo de drogas.

También se ha encontrado que los sesgos perceptuales en procesos de cognición social, tales como la precisión empática, el reconocimiento facial de los afectos o la atribución de la ira, están implicados como moderadores en la asociación entre el consumo de alcohol y la agresión (Clements y Schumacher, 2010).

A pesar de que tanto los estudios internacionales como los escasamente llevados a cabo en nuestro país (Bennett y Holloway, 2005; Coid, Carvell, Kittler, Healey y Henderson, 2000; Felson y Staff, 2010; Fernández-Montalvo, López-Goñi, Arteaga y Cacho, 2013; Sanford y Arrigo, 2005; Santamaría y Chait, 2004) muestran una estrecha relación entre las

conductas delictivas y el consumo de drogas, no está clara la relación causal entre ambos fenómenos (Boles y Miotto, 2003; Kuhns y Clodfelter, 2009).

La adicción puede causar la conducta delictiva, ya que muchos pacientes adictos cometen actos delictivos con el objetivo de financiar sus hábitos de consumo, así como de evitar los síntomas de abstinencia (Bennett y Holloway, 2005). Sin embargo, tal como se ha descrito en otro capítulo, distintos estudios muestran cómo el consumo de drogas actúa como factor de riesgo para el uso de distintos tipos de violencia, en concreto en la violencia hacia la pareja, estableciéndose una relación no tanto causal, sino correlacional.

En un estudio longitudinal realizado durante 30 años en Nueva Zelanda se concluye que existe una asociación causal entre el abuso de alcohol y la comisión y/o la victimización en delitos violentos así como entre el abuso de alcohol y la perpetración de violencia contra la pareja, con estimaciones que sugieren que los trastornos por consumo de alcohol representan aproximadamente entre el 4,6% y el 9,3% de la causa de las conductas violentas (Boden, Fergusson y Horwood, 2012). Las personas con abuso o dependencia de alcohol, según dicho estudio, presentan tasas de violencia entre 4,1 y 11,8 veces mayores que quienes no tienen problemas con el alcohol.

Sin embargo, en algunos adictos la actividad delictiva precede al consumo de drogas, por lo que el consumo de sustancias se podría enmarcar, en estos casos, como una conducta más dentro de un contexto o estilo de vida generalizado de carácter delictivo y antisocial (Bennett y Holloway, 2005). En el estudio de Santamaría y Chait (2004), llevado a cabo con una muestra de 88 drogodependientes en prisión, se encontró que la mayoría de los sujetos estudiados habían cometido los delitos por los que estaban en prisión en estado de intoxicación. Sin embargo, en la mayoría de los casos se observaban factores comunes en la génesis de ambos fenómenos (drogadicción y conducta criminal), sin que se pudiera afirmar con seguridad que la drogadicción hubiera llevado a la delincuencia.

Por tanto, la ausencia de explicaciones concluyentes hace necesario continuar con los estudios que intenten arrojar luz sobre la relación causal entre ambos fenómenos. Este aspecto es importante, ya que si el consumo provoca actos delictivos, los programas de dispensación de drogas a pacientes adictos como forma de reducir la delincuencia se verían claramente apoyados. Sin embargo, si el consumo de drogas se produce en un contexto generalizado de delincuencia y comportamientos antisociales, estos resultados podrían ser incompatibles con el apoyo de dichos programas (Fernández-Montalvo et al., 2013).

Uno de los marcos más utilizado para explicar la relación entre las drogas, el alcohol y la violencia fue propuesto por Goldstein (1985, 1989). De acuerdo con este marco, tres categorías se utilizan para describir los factores que relacionan las drogas y la violencia: a) farmacológica (los efectos farmacológicos de las sustancias aumentan el comportamiento violento, y las personas bajo la influencia de las drogas son menos conscientes de su entorno, lo cual les hace vulnerables a la violencia); b) económica (participación en delitos violentos con móvil económico para sostener el consumo de drogas); y c) sistémica (el carácter endémico de las interacciones violentas dentro del sistema de distribución y consumo de drogas). Sin embargo, sólo una limitada evidencia empírica soporta los tres componentes de este modelo conceptual (Boles y Miotto, 2003; Marshall et al., 2008; Martin y Bryant, 2001). El aumento de la evidencia sobre la relación entre la violencia y el abuso de sustancias subraya el hecho de que se necesita más investigación para abordar el nexo entre el abuso de sustancias y la violencia y para conocer el perfil psicológico de los toxicómanos con problemas de violencia (Fernández-Montalvo, López-Goñi, et al., 2012).

Por otra parte, aunque son abundantes los estudios que abordan la problemática del consumo de sustancias en la población encarcelada (Fazel et al., 2006; Santamaría y Chait, 2004), son muy pocos los estudios que valoran el perfil de los pacientes con condenas en los programas de tratamiento de drogodependencias. Esta ausencia de estudios es sorprendente, ya que se estima que el 38,1% de los pacientes atendidos en

programas comunitarios y el 26,2% de los pacientes atendidos en programas residenciales han mantenido conductas delictivas en el año previo al ingreso (Gossop, Trakada, Stewart y Witton, 2005).

En algunos estudios llevados a cabo en los últimos años se han realizado algunas aproximaciones al perfil de estos pacientes. Por ejemplo, se ha comparado el perfil de los pacientes atendidos en una unidad terapéutica intrapenitenciaria con el de los pacientes ingresados en una comunidad terapéutica, destacando la mayor gravedad de los pacientes atendidos en prisión (Casares et al., 2010). También es habitual incluir en las investigaciones aspectos relacionados con la situación legal de los pacientes. Por ejemplo, los aspectos legales se han tenido en cuenta en distintos estudios sobre la evaluación de programas de tratamiento (Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010; Fernández-Montalvo et al., 2008), en estudios de seguimiento de los pacientes (Gossop et al., 2005), o en investigaciones dirigidas a identificar subtipos de pacientes (Graña, Muñoz y Navas, 2009).

Sin embargo, apenas hay estudios con el objetivo de conocer el perfil específico de los pacientes adictos que presentan un problema delictivo asociado, ni tampoco se ha estudiado si estos pacientes tienen un perfil diferencial con respecto a los que no lo tienen. Conocer las características de estos casos es fundamental, ya que permite adecuar los programas de tratamiento existentes a la problemática específica que presentan estos pacientes. Una reciente aportación al conocimiento de dicho perfil ha sido realizada por Fernández-Montalvo, López-Goñi, Arteaga y Cacho (2013). Al comparar, con una muestra de 252 pacientes adictos (203 hombres y 49 mujeres) en tratamiento, aquellos pacientes que presentaban conductas delictivas con quienes no las presentaban, se observaron diferencias significativas. Los pacientes con actos delictivos eran principalmente hombres y solteros, y era más probable que presentaran policonsumo de sustancias. Asimismo, presentaban una mayor gravedad en su adicción y en algunas variables de personalidad y psicopatológicas.

Debido a los hallazgos descritos anteriormente, los investigadores han empezado a creer que los programas de tratamiento de drogas pueden ser un contexto adecuado para identificar la presencia de comportamientos violentos. Por un lado, se conoce que los tratamientos eficaces para el abuso de sustancias actúan como importantes agentes preventivos para el uso de violencia, especialmente en pacientes con enfermedades mentales (Pickard y Fazel, 2013). Pero, además de ello, la identificación de las conductas y el estudio de su influencia en el progreso de la terapia podría ayudar a los clínicos a tratar ambos problemas al mismo tiempo y, por lo tanto, a mejorar los resultados de los programas de tratamiento existentes (Fernández-Montalvo, López-Goñi, et al., 2012).

2.3. CONDUCTAS DE VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA Y ABUSO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

El consumo abusivo de sustancias está presente en muchos casos de violencia contra la pareja. Aunque, como se ha señalado con anterioridad, no se puede señalar que sea el factor causal de la misma, sin duda contribuye a precipitarla y/o agravarla. La complejidad del tema hace que no sea sencillo acotar su estudio, ya que pueden darse muchas combinaciones en cuanto a las personas implicadas: agresores y/o víctimas que consumen alcohol u otras drogas, víctimas consumidoras de drogas con anterioridad, víctimas que consumen como estrategia de afrontamiento ante la violencia prolongada en el tiempo, agresores consumidores con perfiles psicopáticos, parejas adictas que se agreden mutuamente, etc. (Amor et al., 2010). Por ejemplo, en un estudio de 1994 (Bennett y Lawson) llevado a cabo mediante entrevistas en 74 programas para el tratamiento del abuso de sustancias y/o de la violencia doméstica se encontró entre hombres en tratamiento por su abuso de drogas una tasa de maltrato hacia sus parejas del 46%, y entre mujeres en tratamiento por el consumo abusivo de drogas una tasa de victimización de violencia de pareja del 60%. Además, el 42% de las mujeres en tratamiento por la violencia de pareja sufrida abusaban también de las drogas.

En un meta-análisis publicado en 2008 (Moore et al.) fueron revisados 96 estudios que analizaban la relación entre el abuso de drogas y la agresión en la pareja, encontrándose que los incrementos en el consumo de drogas y en los problemas relacionados con el consumo tienen una relación significativa con los aumentos en las agresiones en la pareja. El riesgo de agresión en la pareja se triplica cuando en ella se da consumo o abuso de drogas. Estos resultados no ofrecen diferencias por sexo. La cocaína es la sustancia que mayor relación tiene con la agresión psicológica, física y sexual. La marihuana también aparece como una sustancia asociada a la agresión en la pareja (Moore y Stuart, 2005; Moore et al., 2008; Stuart et al., 2008). En un estudio llevado a cabo con 271 hombres y 135 mujeres detenidos por violencia hacia su pareja se identifica el consumo de drogas como un predictor muy potente de la violencia contra la pareja (Stuart et al., 2008). Esta relación entre el consumo de drogas y la violencia ejercida contra la pareja ha sido encontrada también en estudiantes universitarios (Nabors, 2010).

Diferentes estudios abordan la influencia del consumo de sustancias, principalmente el alcohol, en el desarrollo y desencadenamiento de episodios violentos contra la pareja (Muñoz-Rivas et al., 2010; Stuart, O'Farrell, et al., 2009). En concreto, el consumo abusivo de alcohol durante el último mes aumenta y multiplica por 6 la probabilidad de cometer y/o recibir violencia en la pareja tanto en hombres como en mujeres, mientras que el mero consumo de alcohol en ese período aumenta de 2 a 3 veces dicho riesgo (Cunradi, 2007). El consumo de alcohol es, como se ha señalado anteriormente, un factor de riesgo para la violencia en la pareja (Taft, O'Farrell, et al., 2010).

En el caso de los hombres en tratamiento que presentan un problema dual, de abuso de sustancias y de violencia contra la pareja, se ha encontrado que, como parece lógico, quienes se encuentran en tratamiento por su problema con las drogas presentan mayores niveles de conductas de abuso de sustancias que quienes están en un programa de tratamiento por el maltrato ejercido; sin embargo, al comparar ambos grupos, tanto los que

están en tratamiento por su abuso de drogas como los que lo están por la violencia contra su pareja no presentan diferencias en las conductas de violencia contra sus parejas (Thomas y Bennett, 2009). Parece, por lo tanto, que la conducta violenta hacia la pareja está muy relacionada con la de abuso de sustancias, y especialmente presente en pacientes en tratamiento por su adicción.

También los delitos relacionados con el consumo o manejo de drogas tienen relación con la violencia en la pareja. Por un lado se han estudiado las conductas de consumo de sustancias ilegales. Más de la mitad de una muestra de 151 hombres en tratamiento por violencia contra su pareja reconocen haber utilizado sustancias ilegales durante el último año, y alrededor de un tercio de las víctimas las han consumido (Moore y Stuart, 2004). Por otro lado, aparecen delitos relacionados con dicho consumo de sustancias. En un estudio longitudinal llevado a cabo en Estados Unidos con 317 maltratadores se ha encontrado que la existencia previa de delitos relacionados con el alcohol u otras drogas aumenta significativamente la probabilidad de desarrollar violencia grave contra la pareja (Richards et al., 2013).

Unos resultados similares a los obtenidos con pacientes drogodependientes se han observado en otras adicciones, por ejemplo en pacientes que presentan problemas relacionados con la adicción al juego (Korman et al., 2008).

2.3.1. Tasas de prevalencia

La tasa de personas agresoras contra su pareja que presentan problemas de abuso o dependencia alcohólica oscila en los distintos estudios entre el 50% y el 60% (Echeburúa et al., 2003; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997, 2005; Fernández-Montalvo et al., 2005; Stuart, O'Farrell y Temple, 2009; Van Hasselt, Morrison y Bellack, 1985). En el caso de las drogas ilegales, entre el 13% y el 35% de los hombres agresores, según los distintos estudios, presenta un consumo abusivo de drogas (Bergman y

Brismar, 1993; Fagan, Stewart y Hansen, 1983; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997, 2005; Moore et al., 2008; Roberts, 1988; Stuart et al., 2008), especialmente de cocaína, a menudo mezclada con alcohol (Amor et al., 2010), y de cannabis (Fernández-Montalvo, López-Goñi, et al., 2011). En el estudio de Moore y Stuart (2004) llevado a cabo con maltratadores en tratamiento por orden judicial, el 53% de ellos había consumido cannabis y el 24% cocaína. Incluso el consumo de tabaco es muy alto en esta población en comparación con el consumo de la población general (Stuart, Meehan, Moore, et al., 2006).

En el caso de las mujeres agresoras, en un estudio realizado en Estados Unidos con 35 mujeres en tratamiento detenidas por ejercer violencia doméstica (Stuart, Moore, Ramsey y Kahler, 2003), el 46% de ellas eran bebedoras de riesgo, y se identificó un 27% de mujeres con abuso o dependencia de alcohol y un 26% con un diagnóstico relacionado con las drogas. En otro estudio llevado a cabo con 103 mujeres agresoras contra su pareja se observa que éstas presentan mayores problemas con el alcohol que las mujeres de la población general (Stuart, Moore, Ramsey y Kahler, 2004).

En esta misma línea, distintos estudios coinciden en señalar que tanto los hombres (Stuart, Moore, Kahler, et al., 2003) como las mujeres (Stuart, Moore, Ramsey, et al., 2003; Stuart et al., 2004) detenidos por violencia contra su pareja tienen mayor riesgo de tener abuso o dependencia del alcohol. Igualmente, tanto los hombres (Stuart, Moore, Kahler, et al., 2003; Stuart et al., 2008) como las mujeres (Stuart, Moore, Ramsey, et al., 2003; Stuart et al., 2004; Stuart et al., 2008) detenidos por usar violencia en la pareja tienen mayores prevalencias de consumo y abuso de otras drogas (Stuart, O'Farrell, Leonard, et al., 2009).

Esta misma relación se observa también cuando se analiza el problema desde la perspectiva inversa. Las investigaciones muestran que aproximadamente entre un 40% y un 60% de los pacientes drogodependientes que viven con sus parejas presentan episodios violentos contra las mismas durante el año previo al inicio del tratamiento para su

adicción (Easton et al., 2000; O'Farrell y Murphy, 1995). En el caso de parejas que ingresan en programas de tratamiento por abuso de alcohol u otras drogas, entre el 53% y el 63% de ellas informan haber tenido agresiones en la pareja durante el último año (Klostermann, Kelley, Mignone, Pusateri y Fals-Stewart, 2010; Murphy y O'Farrell, 1994; Murphy, O'Farrell, Fals-Stewart y Feehan, 2001; Stuart et al., 2003). En concreto, en el caso de parejas que ingresan en tratamiento por abuso de alcohol más del 95% informan haber tenido episodios de agresiones leves, como por ejemplo empujones (Klostermann y Fals-Stewart, 2006).

En un estudio realizado con 178 hombres en tratamiento por el consumo de alcohol, se encontró que el 42% presentaba violencia contra su pareja al inicio del mismo, el 43% en el seguimiento a los 6 meses y el 36% a los 12 meses tras finalizar el tratamiento (Taft, O'Farrell, et al., 2010).

En nuestro país, en un estudio realizado con 125 hombres y mujeres en tratamiento por el abuso de sustancias, se encontró que el 33,6% presentaba conductas violentas contra la pareja, siendo esta proporción mucho mayor en el caso de las mujeres (63,3%) que en el de los hombres (24,2%) (Arteaga, Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2012).

En una reciente revisión de los últimos 8 artículos más relevantes publicados en los últimos años sobre el uso de alcohol entre personas violentas con su pareja se recogen los datos de prevalencia referidos a dicha sustancia (Langenderfer, 2013). Así, el porcentaje de hombres violentos con sus parejas que presenta un consumo excesivo de alcohol (tomar 5 ó más bebidas seguidas) oscila en los diferentes estudios entre el 9% y el 59,7%. El rango de hombres alcohólicos entre los agresores varía entre el 17,8% y el 50% (Cunradi, 2009; Lipsky y Caetano, 2011; McKinney et al., 2009). Se concluye en la revisión que los problemas de alcohol en los varones violentos en la pareja correlacionan específicamente con la comisión de dicha violencia. En el caso de las mujeres violentas con sus parejas, los porcentajes de consumo excesivo de alcohol oscilan entre el 13,4% y el 27,3% (Cunradi, 2009; McKinney et al., 2009; Taft, Schumm, Orazem, Meis y Pinto, 2010; Tzilos, Grekin, Beatty, Chase y Ondersma,

2010), mientras que las mujeres con problemas de abuso de alcohol varían entre el 15,4% y el 50% (Cunradi, 2009; McKinney et al., 2009; Tzilos et al., 2010).

2.3.2. Teorías acerca de la relación entre la conducta de consumo y la violencia contra la pareja.

A pesar de que es bien conocida la relación existente entre el consumo de sustancias y la presencia de conductas violentas, es difícil establecer una relación causal entre ambos fenómenos (Leonard, 2005). Probablemente, el abuso de sustancias constituye un factor precipitante, más que un factor causal, de la violencia contra la pareja.

Existen diferentes teorías que intentan explicar el tipo de relación que existe entre el consumo de alcohol y la agresión. Chermack y Giancola (1997) presentan un modelo teórico biopsicosocial. En él se afirma que la bioquímica, la farmacología y el metabolismo, el sexo, la provocación y las amenazas, la cognición, las expectativas, la función ejecutiva, la personalidad, la psicopatología y el nivel de intoxicación son variables que interactúan, afectando todas ellas a la relación entre el consumo de alcohol y el uso de la violencia.

Leonard (2005), a su vez, propone un modelo teórico que señala que el alcohol puede afectar a la violencia contra la pareja a través de factores psicológicos o cognitivos, fisiológicos y situacionales. Según él, el consumo de alcohol de cualquier miembro de la pareja puede contribuir a la violencia de pareja. Relaciona el uso continuado de alcohol con la violencia de pareja que se mantiene en el tiempo, mientras que la intoxicación aguda tiene que ver con acciones violentas puntuales. La etiología de la violencia en la pareja es multifactorial, y el alcohol constituye uno de esos factores.

Ambas teorías han ampliado su objeto de estudio, incluyendo como factor a tener en cuenta no sólo el consumo de alcohol, sino también el de

otras drogas (Moore y Stuart, 2004, 2005; Stuart et al., 2008). En la medida en que las diferentes drogas existentes tienen efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales distintos, son también diferentes los efectos y la influencia que su consumo tiene sobre la violencia en la pareja.

Los resultados de distintos estudios indican una fuerte asociación entre el consumo de drogas y la gravedad de los episodios violentos (Roberts, 1988; Stuart et al., 2008). En los maltratos más graves el porcentaje de hombres maltratadores que abusan del alcohol y/o de otras drogas es significativamente mayor que en los maltratos de menor gravedad. En el caso del alcohol, su consumo se da en más del doble de proporción en los casos de violencia grave que en los de violencia moderada o leve (McKinney, Caetano, Rodriguez y Okoro, 2010).

En el estudio de Stuart et al. (2004) se observa que las mujeres agresoras en tratamiento tienen un perfil más duro en cuanto al tipo de violencia empleada cuando tienen un consumo de riesgo de alcohol. Ocurre lo mismo con otra droga legal, el tabaco: las mujeres fumadoras en dicha población ofrecen mayores tasas de abuso de sustancias, psicopatología, violencia general y violencia contra la pareja, además de ser también a su vez víctimas de violencia de pareja (Stuart, Meehan, Temple, et al., 2006).

2.3.3. El caso del alcohol

El consumo de alcohol aparece muy ligado a la comisión de violencia en la pareja (Langenderfer, 2013; Peralta et al., 2010). De hecho, en la mayor parte de casos en los que la conducta violenta está asociada al consumo de drogas, la droga consumida es el alcohol (Parker y Auerhahn, 1998). En general los estudios señalan que dicha asociación no es causal, aunque con algunas excepciones ya señaladas anteriormente, que indican una relación causal entre abuso de alcohol y perpetración de violencia contra la pareja (Boden et al., 2012). En cualquier caso, se sabe que el alcohol activa las conductas violentas derivadas de unas actitudes hostiles previas (Echeburúa, Amor y Fernández-Montalvo, 2002). Por otro lado, la

ira, la agresión, los estados de ánimo negativos o el estrés psicológico pueden activar el consumo de alcohol u otras drogas y la recaída en quienes han abusado de ellas (Easton et al., 2000). El alcohol actúa como desinhibidor y tiene efectos facilitadores de la violencia en general, y en concreto de la violencia hacia la pareja: pérdidas de memoria, accesos de ira, suspicacia, actos de crueldad, etc. (Amor et al., 2010; Echeburúa, Corral, et al., 2004).

Se sabe que el consumo de alcohol es significativamente mayor en parejas con abusos físicos que en aquellas en las que no hay violencia (Van Hasselt et al., 1985). Y que el consumo de alcohol correlaciona más con el abuso psicológico que con el abuso físico en la pareja (Taft, Schumm, et al., 2010). Por otro lado, se conoce que la mayor parte de los hombres detenidos por violencia contra la pareja y de aquellos en tratamiento por dicha causa tiene problemas con el alcohol. Del mismo modo, los hombres en tratamiento por violencia hacia la pareja tienen mayor probabilidad de recaída en dicha conducta si abusan del alcohol. La asociación entre el consumo de alcohol y la violencia contra la pareja es tan fuerte que las personas que han llevado a cabo un tratamiento para sus problemas con el alcohol disminuyen la violencia contra su pareja a pesar de no haberse intervenido directamente sobre el problema de la violencia (Stuart, 2005). Se ha estudiado también la relación entre la recaída en el consumo de alcohol y la recaída en la agresión física contra la pareja en hombres en un tratamiento ambulatorio para el alcoholismo (Mignone, Klostermann y Chen, 2009), encontrándose que cuando se da la primera aumenta la probabilidad de nuevos episodios violentos, siendo tres veces más probable cualquier violencia y seis la violencia grave.

En un estudio realizado con 456 jóvenes de entre 14 y 21 años (Rothman et al., 2011) se concluye que un estilo de consumo de riesgo de alcohol, que incluye una frecuencia de consumo alta, beber para afrontar problemas y creencias sobre el efecto desinhibidor del alcohol y sobre el efecto evasivo de la borrachera, tiene relación con la violencia de pareja durante el noviazgo. La relación entre el consumo de alcohol y la violencia en las parejas adolescentes y jóvenes parece clara, y no tanto así la

asociación entre el consumo de drogas y dicho tipo de violencia (Shorey, Stuart y Cornelius, 2011).

2.3.4. Características del agresor y de la víctima cuando hay consumo de sustancias

Si se compara el perfil de los agresores en la pareja que presentan problemas con el alcohol y otras drogas con el perfil de los agresores que no los tienen, aquellos resultan ser más violentos, siendo más probable que practiquen violencia grave. Además, presentan mayores niveles de ira y de trauma, son más proclives a desarrollar una personalidad límite, y es mucho más probable que utilicen alcohol u otras drogas durante un episodio de violencia (Thomas, Bennett y Stoops, 2013).

En un estudio realizado en Valencia con 291 hombres penados por violencia contra la pareja que participan en un programa de intervención (Catala-Minana, Lila y Oliver, 2013) se ha encontrado que aquellos que son consumidores de riesgo de alcohol presentan mayor sintomatología psicopatológica, tienen más problemas con el consumo de otras sustancias, son más impulsivos, tienen menor autoestima, sufren una mayor acumulación de eventos vitales estresantes y perciben menores niveles de apoyo por parte de su entorno más inmediato. Por otro lado, el consumo de alcohol en los varones agresores aparece ligado a todos los tipos de violencia en la pareja: física, psicológica y sexual (Temple, Weston, Stuart y Marshall, 2008).

Se ha encontrado que, en hombres ingresados en un centro residencial para el tratamiento del abuso de alcohol, la hostilidad es un predictor de la comisión de violencia física en la pareja, mientras que la impulsividad lo es de la violencia sexual y psicológica (Tharp, Schumacher, Samper, McLeish y Coffey, 2013). En el caso de hombres en tratamiento por abuso de alcohol la auto-percepción de la impulsividad es un predictor

de la violencia contra la pareja (Schumacher, Coffey, Leonard, O'Jile y Landy, 2013).

Respecto a las mujeres agresoras, en el estudio de Stuart et al. (2003) se señala que aquellas con consumo de riesgo de alcohol presentan puntuaciones más altas en los problemas con las drogas, en agresión en las relaciones, en violencia general y en insatisfacción en la pareja.

Desde el punto de vista de la persona que sufre la violencia en la pareja, se ha encontrado relación entre el abuso de sustancias por parte de la víctima y el sufrir violencia de su pareja (Fowler y Faulkner, 2011; Macy y Goodbourn, 2012). En concreto, el consumo de alcohol por parte de la mujer aumenta la probabilidad de sufrir malos tratos, en mayor medida cuanto mayor es dicho consumo (Mignone et al., 2009). Este consumo de alcohol en la mujer aparece asociado con la violencia física recibida, pero no así con violencia psicológica o sexual (Temple et al., 2008). Lo mismo ocurre con otras drogas: el consumo de drogas, especialmente el policonsumo, aumenta la probabilidad de sufrir violencia de pareja (Zaha, Helm, Baker y Hayes, 2013).

Sin embargo, el riesgo de homicidio está claramente ligado al consumo de los agresores, pero no así al de las víctimas (Sharps, Campbell, Campbell, Gary y Webster, 2001). En otro estudio (Slade, Daniel y Heisler, 1991) se analizó, mediante análisis toxicológicos, la presencia de drogas en 20 casos de violencia doméstica con homicidio. La droga más detectada fue el alcohol, que estuvo presente en el 85% de los asesinatos. Su presencia fue mayor en los agresores (70%) que en las víctimas (45%). El consumo de cocaína estuvo presente en el 30% de los agresores y en el 15% de las víctimas.

2.3.5. Implicaciones para los programas de prevención y de tratamiento

Según los datos hasta ahora descritos, parece lógico pensar en la necesidad de incorporar en los currículos educativos programas de prevención de dos conductas de riesgo que tienen una estrecha relación: el consumo de drogas y la violencia contra la pareja (Zaha et al., 2013). Por otro lado, dada la fuerte relación que existe entre el abuso de sustancias y la violencia en la pareja, la población abusadora de drogas parece ser un ámbito ideal para implementar en ella programas de prevención de violencia en la pareja (Temple et al., 2009).

Dado que existe una relación directa entre el consumo de alcohol y la violencia contra la pareja, siendo el primero un factor de riesgo de la segunda (Bell et al., 2006; Caetano, Cunradi, et al., 2000; Cunradi et al., 2000; Fife et al., 2008; Glass et al., 2009; Schafer et al., 2004), parece importante contemplar esta relación en los programas de tratamiento para los problemas de alcohol u otras drogas, teniéndola en cuenta tanto en la evaluación inicial como en el tratamiento posterior (Taft, O'Farrell, et al., 2010).

Del mismo modo que, tal como se ha señalado con anterioridad, los programas de tratamiento de drogas pueden ser un contexto adecuado para identificar la presencia de comportamientos violentos en general, cuando se trata de la violencia contra la pareja ocurre lo mismo. Se sabe que en el éxito del tratamiento para la adicción influye, entre otros factores, la existencia de violencia en la pareja. Cuando ésta se da, aumenta en las mujeres la probabilidad de abandonar el tratamiento, y en los hombres la de recaída en el consumo (Lipsky et al., 2010). La identificación de la violencia en la pareja entre los usuarios de programas para la adicción a las drogas puede ayudar a tratar ambos problemas al mismo tiempo y, por lo tanto, a mejorar los resultados de los tratamientos existentes para el abuso de drogas.

En este sentido, es interesante disponer de instrumentos que permitan realizar un cribado para identificar tanto a agresores como a víctimas de violencia de género en dicho contexto. La *Revised Conflict Tactics Scales (CTS-R)* (Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996),

el instrumento habitualmente más utilizado, explora todos los tipos de violencia de pareja con detalle, aunque puede resultar demasiado extenso. El *Jellinek Inventory for assessing Partner Violence (J-IPV)* es otro instrumento, validado recientemente en dos estudios (Kraanen, Vedel, Scholing y Emmelkamp, 2013a), que consta de 4 ítems y permite ser administrado en tan sólo 2 minutos, habiendo demostrado buenas propiedades psicométricas. Otros instrumentos similares para el cribado de la violencia contra la pareja han sido desarrollados en Estados Unidos en los últimos años, pensados sobre todo para hombres que acuden a servicios de urgencias; se trata también de cuestionarios rápidos, de 8 ítems (Rhodes et al., 2009) o, en el caso de la *Perpetrator Rapid Scale (PERPS)* (Ernst et al., 2012), de tan sólo 3 ítems.

Desde otra perspectiva, resulta interesante indagar y evaluar el consumo de drogas en la población que presenta violencia de pareja, para un mejor abordaje en la intervención que se realice con ellas (Fowler y Faulkner, 2011; Macy y Goodbourn, 2012). Un buen cribado que ayude a identificar los problemas con el alcohol y otras drogas en las personas en tratamiento por la violencia en la pareja puede ser de gran ayuda para ayudar a abordar algunos casos especialmente complejos (Thomas et al., 2013).

3. TRATAMIENTOS DE LA VIOLENCIA HACIA LA PAREJA EN EL ÁMBITO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

La frecuente presencia conjunta de las dos problemáticas descritas en el capítulo anterior, el consumo de sustancias y el maltrato a la pareja, hace que aumente el interés por desarrollar y estudiar intervenciones que atiendan de modo conjunto a ambos tipos de conducta (Moore et al., 2008; Stuart et al., 2009). Los programas de tratamiento para el abuso o dependencia de las drogas parecen ser un contexto adecuado, por un lado para la identificación de las conductas violentas tanto en general como en concreto contra la pareja, y por otro lado para poder intervenir sobre ellas, de modo complementario al propio tratamiento para la adicción. Una vez identificadas dichas conductas se podría intervenir simultáneamente en ambas problemáticas, consiguiendo así unos mejores resultados de los programas de tratamiento existentes (Fernández-Montalvo, López-Goñi, et al., 2011). Desde el punto de vista clínico son muchos los autores que apuestan por una intervención en la que se integren ambos campos: el del abuso de sustancias y el de la violencia contra la pareja (Easton et al., 2007).

En 2012 se publicó una completa revisión de los programas de tratamiento para trastornos por uso de sustancias y de los programas de intervención con maltratadores que existen en California, en la que se recogió información de 241 programas de tratamiento para el consumo de drogas y 235 programas de tratamiento para maltratadores mediante entrevista con sus responsables (Timko et al., 2012). En general los programas para tratar el abuso de drogas no disponían de tratamientos o sesiones dirigidos a identificar y/o tratar la violencia de pareja. Sin embargo, los programas para maltratadores tendían a integrar el abuso de drogas dentro de su tratamiento: dos de cada tres evaluaban la presencia de consumo abusivo, y la mitad de los programas disponía de módulos o

sesiones de tratamiento del consumo abusivo de drogas. Se encontró poca evidencia de que los servicios estudiados estuvieran preparados para los pacientes que presentan ambas problemáticas, pese a que la mayoría de las personas responsables coincidían en que sería deseable que tanto unos programas como otros estuvieran preparados para hacer frente simultáneamente a ambos tipos de problemas.

Desgraciadamente, todavía no se conoce mucho acerca de cuál es la mejor intervención para las personas agresoras contra la pareja entre los pacientes en tratamiento por su abuso de sustancias. No son muchas las evaluaciones realizadas de los diferentes tipos de tratamiento de esta problemática en dicha población, y por ello sigue siendo un campo de investigación abierto (Klostermann et al., 2010).

En la práctica surgen algunas dificultades a la hora de introducir los tratamientos para la violencia contra la pareja en los programas de tratamiento de la drogodependencia o el alcoholismo. En primer lugar, en la mayor parte de los casos se trabaja sólo con pacientes que tienen una orden judicial para tratar la violencia de pareja, y por lo tanto no participan de modo totalmente voluntario. En segundo lugar, en los casos de programas para el consumo de drogas en los que el tratamiento de la violencia de pareja es voluntario, la mayoría de los pacientes no lo inician o lo abandonan tempranamente. Por último, existen datos que cuestionan la eficacia de este tipo de intervenciones para reducir la violencia contra la pareja (Klostermann, 2006).

3.1. EFECTO DE LOS TRATAMIENTOS PARA LAS DROGODEPENDENCIAS

Los resultados de algunos estudios y revisiones acerca de la evolución de las conductas violentas entre los pacientes adictos que reciben tratamiento han puesto de manifiesto que la intervención estándar para las adicciones en pacientes drogodependientes con problemas asociados de

violencia contra la pareja provoca una disminución importante en las conductas violentas, a pesar de no intervenir específicamente en este ámbito (Klostermann et al., 2010; O'Farrell et al., 2003; Stuart, Moore, Kahler, et al., 2003; Stuart, O'Farrell y Temple, 2009). Si fuera cierta la hipótesis de que el consumo de sustancias tiene una relación causal con la violencia en la pareja, el tratamiento estándar para el abuso de sustancias sería suficiente para intervenir eficazmente sobre la violencia contra la pareja (Klostermann et al., 2010). No obstante, como se ha señalado anteriormente, no existe evidencia sobre esa relación causal.

Una revisión completa sobre este tema puede encontrarse en Stuart et al. (2009). Dicho equipo de investigación ha llevado a cabo varios estudios longitudinales en los que se analiza el impacto del tratamiento para el abuso de sustancias en la comisión o recepción de violencia en la pareja. En concreto, aplicaron un programa ambulatorio de hospitalización parcial de 5 o 6 días, en formato grupal, con un enfoque cognitivo-conductual. Los resultados muestran una reducción significativa en el uso de sustancias y tanto en la comisión como recepción de violencia en la pareja. Estos resultados se obtuvieron tanto en los hombres (Stuart et al., 2003) como en las mujeres (Stuart et al., 2002) que recibieron dicho tratamiento. Concluyen los autores que el hecho de realizar un tratamiento para el abuso de sustancias hace que disminuya la violencia en la pareja.

Los resultados anteriores son consistentes con el estudio de O'Farrell et al. (2003). En él se analizó la evolución de la violencia contra la pareja en una muestra de 301 hombres alcohólicos. Ésta disminuyó desde el 56% antes del tratamiento al 25% después del mismo, pese a no haber recibido una intervención específica para la violencia. Parecida conclusión se obtiene en el estudio de Stuart et al. (2003) mencionado anteriormente, llevado a cabo con 24 pacientes en tratamiento por alcoholismo. Todos ellos presentaron disminuciones significativas en la frecuencia de las conductas violentas contra la pareja tras recibir un tratamiento para su adicción. En general, los distintos estudios llevados a cabo en este sentido muestran resultados similares.

Una revisión de distintos estudios que evalúan los cambios en la violencia de pareja tras el tratamiento para el abuso de sustancias ha sido llevada a cabo por Murphy y Ting (2010). En ella concluyen que tras el tratamiento para el abuso de sustancias la prevalencia de violencia contra la pareja es de 2 a 3 veces menor que antes del mismo. Recogen siete estudios llevados a cabo con personas en tratamiento por problemas con el consumo de alcohol, en los que se evaluó la presencia de conductas violentas hacia la pareja mediante la Conflict Tactics Scale (Straus, 1979) antes y después del tratamiento para el abuso de alcohol (Tabla 10). La fuente de información en la mayoría de ellos fue combinada, proviniendo tanto del propio paciente como de su pareja.

Tabla 10. Características de las investigaciones que evalúan la violencia hacia la pareja antes y después de un tratamiento por abuso de drogas

Estudio	N	Sexo	Tratamiento	Fuente de información	Duración	Nº Segui- mientos
O'Farrell y Murphy (1995)	88	♂	Ambulatorio, TCP	Combinada	1 año	1
O'Farrell et al. (1999)	75	♂	Ambulatorio, TCP	Combinada	1 año	2
Maiden (1997)	80	♂	Ambulatorio y Hospitalización	Paciente	1 año	1
Stuart et al. (2003)	24	♂	Hospitalización parcial, TI	Combinada	6 meses	2
O'Farrell et al. (2004)	303	♂	Ambulatorio, TCP	Combinada	1 año	2
Rotunda et al. (2008)	38	♂	Ambulatorio, TCP	Combinada	1 año	1
Schumm et al. (2009)	103	♀	Ambulatorio, TCP	Combinada	1 año	2

TCP = Terapia Conductual de Parejas; TI = Tratamiento individualizado

Fuente: The effects of treatment for substance use problems on intimate partner violence: A review of empirical data (Murphy y Ting, 2010).

En lo que se refiere a la violencia del hombre a la mujer, la prevalencia media de violencia física era del 63% antes del tratamiento para el abuso de drogas, y del 22% tras el mismo. La media de la violencia grave era del 24% antes del tratamiento y del 9% tras el mismo. El riesgo relativo de violencia de hombre a mujer era entre 1,8 y 3,6 veces mayor antes del

tratamiento que tras el mismo, y el riesgo relativo de violencia grave disminuía tras el tratamiento de 1,4 a 35 veces (Tabla 11).

La prevalencia media de violencia de la mujer al hombre era del 66% antes del tratamiento y del 29% tras el mismo. La prevalencia media de violencia grave pasaba del 42% antes del tratamiento al 16% después del mismo. El riesgo relativo de violencia de mujer a hombre era entre 2,2 y 2,59 veces mayor antes del tratamiento para el abuso de sustancias que en el intervalo de seguimiento tras el mismo, y en el caso de la violencia grave el riesgo relativo disminuyó tras el tratamiento entre 2,54 y 3,57 veces.

En algunos estudios se ha observado que los pacientes alcohólicos que recaen no reducen las conductas violentas, mientras que aquellos que mantienen la abstinencia, mantienen también la reducción de las conductas violentas (O'Farrell y Murphy, 1995). Lo mismo ocurre con otras drogas: los pacientes que recaen en su adicción evidencian mayores niveles de violencia de pareja, tanto cometiéndola como recibíendola (Stuart, O'Farrell, et al., 2009). Sin embargo, si bien la reducción o la eliminación del consumo de alcohol o de drogas son necesarias para controlar las conductas violentas, probablemente sea insuficiente para la eliminación definitiva de las mismas.

Apenas existen estudios sobre el efecto del tratamiento para el abuso de sustancias sobre la violencia doméstica en el caso de parejas homosexuales. En un estudio de caso único llevado a cabo con una pareja homosexual (Hellmuth, Follansbee, Moore y Stuart, 2008) se encontró que tras el tratamiento para el abuso de alcohol disminuyó tanto su consumo como la violencia física y psicológica, aunque no aumentó la satisfacción en la relación.

Tabla 11. Prevalencia de violencia hacia la pareja antes (pre) y después (post) del tratamiento para el abuso de sustancias

Estudio	Período	Violencia de hombre a mujer						Violencia de mujer a hombre					
		Violencia			Violencia grave			Violencia			Violencia grave		
		Pre	Post	RR	Pre	Post	RR	Pre	Post	RR	Pre	Post	RR
O'Farrell y Murphy (1995)		63,6	28,4	2,24	29,5	9,1	3,24	64,8	25	2,59	36,4	10,2	3,57
O'Farrell et al. (1999)		61,3	18,7	3,28	24	8	3	N/A	-	-	N/A	-	-
Maiden (1997)		71	20	3,55	56	1,6	35	N/A	-	-	N/A	-	-
Stuart et al. (2003)	Meses 1-6 Meses 7-12	54	21 21	2,57 2,57	N/A	-	-	67	29 17	2,31 3,94	N/A	-	-
O'Farrell et al. (2004)	Año 1 Año 2	60,4	23,9 18,4	2,58 3,28	21,8	9 6,3	2,42 3,46	64,4	29,1 15,3	2,21 4,21	41,6	16,4 7,5	2,54 5,55
Schumm et al. (2009)	Año 1 Año 2	64,1	36,3 16,3	1,77 3,93	22,3	15,4 8,1	1,45 2,75	68	30,8 24,4	2,21 2,79	50,5	18,7 14	2,7 3,61

RR = Riesgo relativo; N/A = No aplicable

Fuente: The effects of treatment for substance use problems on intimate partner violence: A review of empirical data (Murphy y Ting, 2010).

3.2. TRATAMIENTOS BASADOS EN LA INTERVENCIÓN CON LAS PERSONAS AGRESORAS

En el caso de las personas en tratamiento por el abuso de sustancias en las cuales se identifica la presencia de violencia contra su pareja, Bennett (2008) describe tres escenarios posibles para desarrollar una doble intervención:

- **Intervenciones en serie:** La intervención para el tratamiento del abuso de sustancias precede al tratamiento de la violencia.
- **Intervenciones en paralelo:** La persona recibe ambas intervenciones simultáneamente pero en diferentes servicios.
- **Tratamiento integrado:** Ambas intervenciones se realizan de modo simultáneo en el mismo recurso o servicio de tratamiento.

Cada uno de estos escenarios presenta ventajas e inconvenientes. Los dos primeros tienen la dificultad de que pocos pacientes en tratamiento por su adicción aceptan participar en programas para la violencia de pareja fuera de su lugar de tratamiento, y aquellos que acuden tienen altas tasas de abandono temprano de los mismos (Klostermann et al., 2010). Por ello, parece indicado desarrollar modelos que integren tratamientos suplementarios al inicial, de modo que los tratamientos para el abuso de sustancias incorporen programas para el abordaje de la violencia de pareja, y los programas para maltratadores desarrollen a su vez tratamiento suplementario para el consumo de alcohol u otras drogas (Bennett, 2008).

Hasta la fecha han sido escasos los programas desarrollados para el tratamiento de agresores en un contexto de tratamiento para la drogodependencia. De hecho, en la bibliografía sobre el tema aparecen solamente algunos programas aislados, principalmente en el ámbito estadounidense. Sin embargo, los datos que ofrecen resultan muy esperanzadores. Algunos ejemplos en este sentido son el Dade County's Integrated Domestic Violence Model (Goldkamp et al., 1996) o el Yale's

Substance Abuse Treatment Unit's Substance Abuse-Domestic Violence Program (SATU-SADV) (Easton y Sinha, 2002).

Los resultados obtenidos en el programa desarrollado por Goldkamp et al. (1996), uno de los pioneros en este campo, muestran cómo los pacientes que reciben una intervención integrada focalizada a ambos problemas (adicción y violencia de pareja) obtienen mejores resultados y presentan una tasa más baja de reincidencia en las conductas violentas que aquellos en los que el tratamiento se da en paralelo, mediante asistencia a programas para la violencia doméstica en servicios externos al propio centro de tratamiento de la drogodependencia. Por un lado, es más fácil que se inicie el tratamiento para la violencia y que se permanezca en el mismo cuando el tratamiento se lleva a cabo en el mismo centro de tratamiento del abuso de drogas, en comparación con el grupo que trata la violencia en un recurso externo al centro. Por otro lado, cuando el tratamiento se da de modo integrado en el mismo centro, sólo el 6% vuelve a ser detenido por violencia contra la pareja, frente al 14% de quienes han tenido el tratamiento en paralelo en distintos centros (Murphy y Ting, 2010).

El Programa de Yale (SATU-SADV) consiste en una intervención cognitivo-conductual con técnicas dirigidas al tratamiento de la adicción y al desarrollo de respuestas no agresivas hacia la pareja. Se trata de un tratamiento integrado para ambos problemas. Muestra, como datos preliminares, una reducción importante tanto en el consumo de drogas como en los niveles de ira y de violencia hacia la pareja (Easton y Sinha, 2002). En un estudio más reciente del mismo grupo (Easton et al., 2007), llevado a cabo con 85 pacientes alcohólicos con problemas de violencia de pareja asociados, se comparó la eficacia de este programa de tratamiento cognitivo-conductual (SATU-SADV) con una intervención específica para el alcoholismo. Los pacientes que recibieron la intervención combinada mostraron un consumo de alcohol significativamente menor, así como una mayor reducción en la frecuencia de episodios violentos, en comparación con los que habían recibido la intervención estándar. Dicho programa consta de los siguientes módulos:

- Comprensión de los patrones de consumo de sustancias y de la agresión.
- Identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo de sustancias y para la agresión.
- Estrategias para hacer frente al deseo de consumo de alcohol y a la pérdida del control.
- Habilidades para resolver problemas relacionados con el consumo de sustancias y los conflictos con los otros significativos.
- Gestión de los estados de ánimo negativos.
- Adquisición de conciencia sobre la ira.
- Manejo de la ira en relación con los otros significativos.
- Entrenamiento en habilidades comunicativas I (habilidades no verbales).
- Entrenamiento en habilidades comunicativas II (habilidades verbales).
- Adquisición de habilidades para resolver problemas (por ejemplo, los problemas relacionados con el consumo de sustancias y con la violencia contra la pareja).
- Aceptación de las críticas.
- Planificación de emergencias (reconocimiento de disparadores para el uso de sustancias y/o la agresión).

Un tratamiento cognitivo-conductual integrado de este tipo, dirigido tanto al consumo de sustancias como a la violencia hacia la pareja, fue llevado a cabo en la Universidad de Yale entre 2000 y 2003 con 73 varones con dependencia al alcohol que habían sido detenidos por violencia doméstica en el último año (Oberleitner, Mandel y Easton, 2013). Consistió en 12 sesiones de 90 minutos, con una frecuencia semanal. Se compararon los resultados entre los sujetos que presentaban antes del inicio del tratamiento una alta expresión de la ira y aquellos con bajos niveles de expresión de la ira, medidos mediante el State Trait Anger Expression Inventory (STAXI) (Spielberger, 1999). Se encontró que los sujetos con niveles altos de expresión de la ira presentaban a lo largo del tratamiento y a la finalización del mismo una mayor proporción de positivos a alcohol, una mayor frecuencia de consumo de otras drogas y una mayor frecuencia de violencia verbal hacia sus parejas. Se sugiere en dicho estudio la necesidad

de tener en cuenta dicho perfil, aplicando en el caso de las personas con altos niveles de expresión de la ira tratamientos más largos o más intensivos, de cara a prevenir la recaída tanto en el consumo como en la violencia de pareja.

Recientemente se ha publicado un trabajo en Holanda (Kraanen, Vedel, Scholing y Emmelkamp, 2013b) en el que se comparan dos modalidades de tratamiento en un dispositivo de tratamiento para el abuso de sustancias con 52 pacientes que presentaron actos violentos contra su pareja en el último año. En un grupo se aplicó un tratamiento integrado para el abuso de sustancias y para la violencia de pareja. En el otro se llevó a cabo el tratamiento cognitivo-conductual para el abuso de sustancias, incluyendo una sola sesión para trabajar la violencia contra la pareja. En ambas condiciones, de 6 sesiones cada una, se dio una mejoría significativa tanto en el uso de drogas como en la violencia contra la pareja, sin diferencias entre ambas intervenciones. Pese a que en dicho estudio se concluye que, desde el punto de vista de eficiencia en cuanto a costes y tiempo empleado, el tratamiento de elección indicado para dichos pacientes sería una única sesión específica complementaria para la violencia de pareja, sus resultados deberían ser interpretados con cautela, dada la brevedad de la intervención y la ausencia de seguimientos.

En cualquier caso, todos estos resultados, a pesar de ser claramente esperanzadores, no han sido todavía objeto de una evaluación rigurosa. Además, se trata de programas llevados a cabo fundamentalmente en el ámbito anglosajón, sin que existan hasta la fecha programas específicos desarrollados en nuestro país para la intervención simultánea con drogodependientes con problemas asociados de violencia contra la pareja. Ésta constituye, sin duda, una vía prometedora de estudio futuro (Fernández-Montalvo, López-Goñi, et al., 2011).

3.3. TRATAMIENTOS BASADOS EN TERAPIA DE PAREJA

La utilización de la terapia de pareja en el ámbito del maltrato hacia la mujer es un tema controvertido y no exento de polémica. Las situaciones de maltrato dentro de la pareja nunca se deben equiparar con los problemas de la pareja que pueden afectar a cualquier relación afectiva. Por ello, la utilización de terapia de pareja en principio no es una vía adecuada de intervención, ya que implícita o explícitamente distribuye la responsabilidad del maltrato a ambos miembros. En los casos de violencia de género, la responsabilidad plena es de la persona que agrede, y nunca se debe compartir la misma con la víctima de dichas agresiones. Por ello, puede ser un error utilizar este tipo de estrategias para el tratamiento de los problemas de violencia de género (Fernández-Montalvo, López-Goñi, et al., 2011).

Otro enfoque diferente es, sin embargo, la utilización de sesiones terapéuticas específicas con ambos miembros de la pareja dentro de los programas de tratamiento de hombres agresores, habitualmente en fases avanzadas de la terapia y en casos con una evolución terapéutica razonable. Se ha encontrado que puede ser de interés llevar a cabo este tipo de intervención en parejas cuidadosamente seleccionadas, en los casos de uso de violencia recíproca en parejas que deciden continuar juntos. En ningún caso debería indicarse esta modalidad de tratamiento si una de las partes expresa miedo o se siente amenazada ante las posibles implicaciones de la terapia conjunta; en dichos casos debe prescribirse la terapia individual (Klostermann et al., 2010).

La intervención conjunta con los dos miembros de la pareja ha mostrado ser eficaz para disminuir los episodios de violencia de pareja y otros factores de riesgo asociados a la misma (Stith, McCollum, Amanor-Boadu y Smith, 2012). A esta misma conclusión, obtenida en un estudio llevado a cabo con parejas no necesariamente drogodependientes, llegan otros autores, quienes señalan las ventajas del tratamiento conjunto en los casos leves de violencia de pareja (Holtzworth-Munroe, Marshall, Meehan y

Rehman, 2003), sobre todo en lo que se refiere a obtener una más completa información acerca del tipo y gravedad de la violencia ejercida (Schafer, Caetano y Clark, 2002).

Tres estudios han comparado los resultados del tratamiento grupal sólo con los agresores con los del tratamiento conjunto llevado a cabo con las personas agresoras y sus parejas (Brannen y Rubin, 1996; Harris, Savage, Jones y Brooke, 1988; O'Leary, Heyman y Neidig, 1999). En ellos se observa una disminución de la violencia hacia la pareja tras ambos tipos de tratamiento, no encontrándose diferencias significativas entre sus resultados.

Ya en el ámbito de las drogodependencias, algunos estudios estadounidenses (Chase, O'Farrell, Murphy, Fals-Stewart y Murphy, 2003; O'Farrell y Fals-Stewart, 2000; O'Farrell et al., 1999; O'Farrell, Murphy, Stephan, Fals-Stewart y Murphy, 2004) han valorado la eficacia de la terapia conductual de pareja para el tratamiento de la violencia de género en población drogodependiente. Uno de los principales estudios es el desarrollado por O'Farrell et al. (2004), con una muestra de 303 hombres alcohólicos que participaron, junto con sus parejas, en un programa de terapia conductual de pareja. En esta investigación se utilizó también un grupo de control, compuesto por otras 303 parejas sin problemas de alcohol. Todas las parejas de la muestra recibieron una intervención. Se trata de un programa compuesto por 20-22 sesiones, de periodicidad semanal, aplicadas durante un período de entre 5 y 6 meses. Las 10-12 primeras sesiones, de una hora de duración, se aplican con cada pareja, y las 10 restantes, de dos horas, en un formato grupal con varias parejas simultáneamente. Los resultados obtenidos muestran que en el grupo experimental se produjo una reducción significativa de las conductas violentas tras recibir la intervención terapéutica. En concreto, la tasa de conductas violentas contra la pareja disminuyó del 60% antes de la intervención al 24% después de la misma.

La Terapia Conductual de Parejas es una modalidad abreviada de un paquete de tratamiento que incluye tanto la terapia con la pareja como el

tratamiento estándar para el miembro de la pareja con abuso de alcohol u otras drogas (Klostermann et al., 2010). En dicha intervención las parejas no consumidoras adquieren habilidades y estrategias para hacer frente a situaciones y contextos de violencia. El objetivo es aprender a desarrollar conductas que disminuyan la probabilidad de agresión por parte de su pareja cuando está intoxicada. Algunos estudios han estudiado el efecto de esta terapia en la prevalencia y frecuencia de la violencia en parejas de hombres abusadores de sustancias cuyas parejas no lo son, encontrándose una disminución del 60% en dicha prevalencia durante el año siguiente al tratamiento (Chase et al., 2003; O'Farrell et al., 2004).

Por otro lado, numerosos estudios apoyan la eficacia de la intervención con parejas en el tratamiento de la adicción al alcohol (O'Farrell y Fals-Stewart, 2006), señalando que dicho tratamiento reduce significativamente la comisión y la recepción de violencia de pareja tanto en varones como en mujeres (O'Farrell et al., 2004; O'Farrell et al., 1999).

Estos datos muestran la utilidad de los programas de pareja estudiados para el tratamiento conjunto de las conductas violentas contra la pareja en pacientes drogodependientes. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los resultados obtenidos en este sentido están avalados hasta la fecha por muy pocos estudios, pertenecientes a un mismo grupo de investigación. Es necesario, por tanto, disponer de más datos para valorar la pertinencia y eficacia de este tipo de programas.

En resumen, los estudios y datos recogidos hasta la fecha muestran, en primer lugar, que los casos de violencia contra la pareja aparecen a menudo camuflados bajo un problema de consumo de drogas. Es importante su detección, de cara a prevenir futuros episodios. En este sentido, es necesario llevar a cabo estudios que determinen la tasa de prevalencia de agresores contra la pareja entre los usuarios de los programas de tratamiento para el abuso de sustancias, así como conocer las características específicas de este tipo de pacientes.

En segundo lugar, los programas de tratamiento para el abuso de sustancias parecen ser un contexto adecuado para aplicar, de forma conjunta, tratamientos específicos para aquellas personas adictas con un problema asociado de violencia contra la pareja. Por una parte, se ha comprobado que los programas estándar de tratamiento de las adicciones consiguen reducciones significativas de la violencia, aunque no se realice una intervención específica sobre la violencia. Por otra parte, se han desarrollado algunos programas específicos de intervención simultánea para ambas problemáticas. Los resultados obtenidos son todavía limitados, pero claramente esperanzadores. Además, abren una línea de estudio novedosa y prometedora desde un punto de vista clínico, constituyendo un reto de futuro (Fernández-Montalvo, López-Goñi, et al., 2011).

PARTE EMPÍRICA

PARTE EMPÍRICA

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de esta segunda parte de la tesis doctoral se exponen los resultados de una investigación empírica que evalúa la eficacia de un programa de intervención psicológica destinado a pacientes drogodependientes que presentan conductas violentas contra la pareja. Los principales objetivos de la misma consisten, en primer lugar, en determinar la tasa de prevalencia de personas agresoras contra la pareja entre los usuarios de dicho programa, así como conocer sus características específicas. En segundo lugar, se pretende establecer la eficacia de un programa de intervención psicológica, de orientación cognitivo-conductual, para tratar la violencia contra la pareja en pacientes drogodependientes.

Para ello, se ha contado con una muestra de pacientes que acudieron a tratamiento por un problema de drogodependencia o de abuso de drogas. Dicho tratamiento tuvo lugar en los programas ambulatorio (*Aldatu*) y de comunidad terapéutica pertenecientes a la Fundación Proyecto Hombre Navarra. Todos los sujetos estudiados tenían en común su adicción al alcohol y/o a otras drogas, y haber iniciado el tratamiento para dicho problema.

La muestra se ha dividido en tres grupos: 1) grupo experimental, constituido por pacientes que han presentado episodios de violencia contra la pareja alguna vez en la vida y que han recibido una intervención cognitivo-conductual dirigida a la adquisición de empatía, de habilidades de comunicación y de solución de problemas, así como a la eliminación (o, cuando menos, reducción) de las actitudes de hostilidad y de las distorsiones cognitivas más frecuentes en los agresores hacia la pareja; 2) grupo de control 1, compuesto también por drogodependientes con conductas de violencia hacia la pareja, que han recibido el tratamiento estándar para el abuso de sustancias, pero que no han recibido ninguna intervención específica para el problema de violencia de pareja; y 3) grupo

de control 2, formado por pacientes en tratamiento por su adicción, que no presentan ningún problema relacionado con la violencia de pareja. De esta forma, se establece el perfil diferencial de las personas adictas con problemas asociados de violencia con respecto a quienes no presentan ningún problema de violencia de pareja.

El tratamiento aplicado para la violencia contra la pareja es un programa de intervención que ya ha mostrado su utilidad para la eliminación y/o reducción de las conductas violentas y de las actitudes machistas en agresores, tanto en el ámbito ambulatorio (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997), como en el medio penitenciario (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009; Echeburúa et al., 2005). Por ello, con este estudio se pretende obtener conclusiones acerca de la eficacia de la adaptación de dicho programa al ser aplicado dentro de un tratamiento para las drogodependencias. De esta forma, se inicia en nuestro país una línea de trabajo recomendada por los expertos en la materia (Fals-Stewart y Kennedy, 2005).

Con respecto a los instrumentos de evaluación, se han seleccionado cuestionarios que han sido administrados mediante entrevistas individuales. Dichos instrumentos evalúan áreas significativas que tienen una relación directa con la violencia hacia la pareja. En concreto, se han estudiado variables sociodemográficas, de consumo de sustancias, referidas a las conductas violentas (presencia de conductas violentas, pensamientos distorsionados sobre la mujer y sobre la violencia), psicopatológicas (dimensiones psicopatológicas, trastornos de personalidad) y otras variables de personalidad (empatía, ira, impulsividad, inadaptación).

En definitiva, en este estudio empírico se trata de detectar los casos de violencia contra la pareja que aparecen camuflados bajo un problema de drogodependencias, y de evaluar los resultados obtenidos con un programa específico de intervención que ya ha mostrado su utilidad en otros contextos (programas ambulatorios y programas en prisión).

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. OBJETIVOS

- 1) Establecer la tasa de prevalencia de conductas violentas contra la pareja entre los usuarios drogodependientes del programa Proyecto Hombre Navarra.
- 2) Determinar si existe un perfil diferencial entre los usuarios con y sin conductas violentas hacia la pareja.
 - 2.1. Establecer el perfil sociodemográfico diferencial entre los usuarios con y sin conductas violentas hacia la pareja.
 - 2.2. Valorar las diferencias respecto al consumo de drogas entre los usuarios con y sin conductas violentas hacia la pareja.
 - 2.3. Conocer las diferencias en cuanto a las variables psicopatológicas entre los usuarios con y sin conductas violentas hacia la pareja.
 - 2.4. Determinar las diferencias entre los usuarios con y sin conductas violentas hacia la pareja en distintas variables de personalidad.
- 3) Evaluar la efectividad de un programa de intervención cognitivo-conductual para la violencia contra la pareja en personas en tratamiento por sus problemas de abuso de alcohol y/u otras drogas.
 - 3.1. Conocer si la intervención es efectiva para la disminución de las conductas violentas hacia la pareja.
 - 3.2. Averiguar si la intervención es efectiva en la adquisición de empatía y en la reducción de la impulsividad, de la ira, de la afectación de la vida cotidiana y de las distorsiones cognitivas más frecuentes en los agresores adictos.
 - 3.3. Valorar si la intervención consigue una disminución significativa en los síntomas psicopatológicos asociados.

2.2. HIPÓTESIS

1. La tasa de sujetos de la muestra con conductas violentas hacia la pareja será mayor que en la población general.
2. Existirán diferencias en cuanto a las características sociodemográficas entre los sujetos estudiados, con mayor proporción de casados entre quienes presentan conductas violentas.
3. Los sujetos con conductas violentas hacia la pareja presentarán mayor gravedad en su adicción a las drogas, en comparación con los que no presentan conductas violentas.
4. Los sujetos con conductas violentas hacia la pareja presentarán una mayor tasa de pensamientos distorsionados sobre los roles sexuales y sobre la violencia como forma aceptable de resolver conflictos.
5. Los pacientes con conductas violentas hacia la pareja tendrán mayor comorbilidad psicopatológica que aquellos que no presentan dichas conductas.
6. Los pacientes con conductas violentas hacia la pareja presentarán rasgos más alterados de personalidad en comparación con los que no tienen dichas conductas.
7. La capacidad empática será mayor, y los niveles de ira y de impulsividad menores en los sujetos que no presentan conductas violentas hacia la pareja.
8. Los sujetos con conductas violentas hacia la pareja tendrán una mayor afectación en las diferentes áreas de su vida cotidiana como consecuencia del consumo de drogas.
9. Los sujetos del grupo experimental presentarán en el seguimiento una menor tasa de violencia hacia la pareja que los del grupo de control clínico.
10. Los sujetos del grupo experimental presentarán al final del tratamiento y en el seguimiento una menor tasa de pensamientos distorsionados sobre los roles sexuales y sobre la violencia como forma aceptable de resolver conflictos que los sujetos del grupo de control clínico.
11. Los sujetos del grupo experimental presentarán al final del tratamiento y en el seguimiento mayor capacidad empática, menor impulsividad, menores niveles de ira y una menor afectación en las diferentes áreas de su vida cotidiana que los sujetos del grupo de control clínico.
12. Los sujetos del grupo experimental presentarán al final del tratamiento y en el seguimiento menor comorbilidad psicopatológica que los sujetos del grupo de control clínico.

3. MÉTODO

3.1. MUESTRA

La muestra de la cual se partió en este estudio consistió en 217 pacientes en tratamiento por el abuso de alcohol y/u otras drogas en cualquiera de los dos programas (ambulatorio y comunidad terapéutica) de Proyecto Hombre Navarra en el periodo comprendido entre mayo de 2010 y enero de 2012. La eficacia de estos programas, con una base cognitivo-conductual y orientados a la abstinencia, ha sido determinada en sucesivos estudios (Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010; Fernández-Montalvo, López-Goñi, Illescas, Landa y Lorea, 2007; Fernández-Montalvo et al., 2008; López-Goñi et al., 2008a, 2008b; López-Goñi et al., 2010).

Los criterios de admisión para el presente estudio fueron: a) cumplir los criterios diagnósticos para un trastorno de dependencia a sustancias según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000); b) tener entre 18 y 65 años de edad; c) ingresar en el programa de tratamiento; y d) dar su consentimiento para la participación en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron: a) la existencia de patologías mentales graves que desaconsejaran la realización del estudio; b) la indicación por parte de los profesionales de no entrevistar al paciente debido al momento de su proceso en el tratamiento; y c) el desconocimiento del idioma español. Siguiendo estos criterios, fueron excluidos del estudio 39 personas. Otros 16 usuarios (13 varones y 3 mujeres) rechazaron participar en el mismo. De este modo, los sujetos estudiados fueron 162 (74,7% de la muestra de partida).

Los primeros 125 sujetos estudiados corresponden a las personas que ingresaron consecutivamente entre mayo y diciembre de 2010. No hubo ninguna selección para admitir los casos para el estudio, más allá de los criterios ya señalados. Por este motivo, la prevalencia de la violencia hacia

la pareja en la población en tratamiento por su abuso de drogas se calculó con los 125 sujetos iniciales.

Sin embargo, a partir de enero de 2011 se seleccionaron únicamente aquellas personas cuyos terapeutas indicaron que eran candidatos a pertenecer al grupo de usuarios con conductas violentas hacia la pareja. Así pues, los últimos 37 casos fueron seleccionados deliberadamente, no pudiendo ser considerados a efectos de establecer la prevalencia del fenómeno estudiado. La razón de esta selección fue conseguir un mayor número de personas con violencia hacia sus parejas para completar los grupos experimental y de control 1, de cara a contar con un mayor tamaño muestral en dichos grupos en la investigación.

La edad media de la muestra total inicial ($N = 162$) fue de 36,4 años ($DT = 8,9$), siendo la mayoría varones (73,5%) y solteros (63,8%). Se presenta una descripción más detallada de las características sociodemográficas de la muestra en el apartado de resultados.

3.2. TERAPEUTA

Las evaluaciones de todos los pacientes de la muestra y el tratamiento del grupo experimental fueron llevados a cabo por el autor del presente trabajo. Se trata de un psicólogo con amplia experiencia en la evaluación y el tratamiento de las conductas adictivas, y formado específicamente para esta investigación en el tratamiento de las conductas violentas contra la pareja.

3.3. DISEÑO

El diseño de este trabajo se corresponde con un diseño experimental multigrupo con medidas independientes en el factor tratamiento y medidas múltiples y repetidas en el factor evaluación, distribuidas en el pretratamiento, en el postratamiento y en el seguimiento a los 6 meses. Las

medidas se han realizado en tres grupos: un grupo experimental y dos grupos de control.

3.4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

En este apartado se presentan las principales características de los instrumentos de evaluación utilizados en el estudio. En concreto, los instrumentos de evaluación se agrupan en cuatro bloques diferenciados:

- a) Variables sociodemográficas, penales y de gravedad de la adicción
 - *Hoja de datos personales (historia clínica)*
 - *Hoja de datos penales (historia clínica)*
 - *EuropASI*
- b) Variables referidas a las conductas violentas
 - *Revised Conflict Tactics Scales (CTS-2)*
 - *Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer (IPD-M)*
 - *Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre el Uso de la Violencia (IPD-V)*
- c) Variables psicopatológicas y de personalidad
 - *Listado de Síntomas (SCL-90-R)*
 - *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)*
 - *Índice de Respuesta Interpersonal*
 - *Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo-Estado (STAXI)*
 - *Escala de Impulsividad (BIS-10)*
 - *Escala de Inadaptación*
- d) Variables del tratamiento
 - *Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento*

3.4.1. Variables sociodemográficas, penales y de gravedad de la adicción

El **EuropASI** (Kokkevi y Hartgers, 1995) es la versión europea del *Addiction Severity Index, ASI* (McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien, 1980). La versión española empleada es de Bobes, González, Sáiz y Bousoño (1996). Se trata de una entrevista clínica muy utilizada tanto desde la perspectiva clínica (con funciones de screening, de diagnóstico, de evaluación clínica y de evaluación de resultados) como desde la perspectiva institucional -para la evaluación de los resultados de los programas, la comparación entre dispositivos de tratamiento, la comparación de subpoblaciones de pacientes o la comparación entre diferentes contextos- (González-Saiz et al., 2002; Mäkelä, 2004).

Esta entrevista valora la necesidad de tratamiento del paciente en 7 áreas diferentes: a) estado médico general; b) situación laboral y financiera; c) consumo de alcohol; d) consumo de otras drogas; e) problemas legales; f) relaciones familiares y sociales; y g) estado psicológico. Para ello se puede emplear el *Índice de Gravedad del Entrevistador (IGE)* (*Interviewer Severity Rating*). Este índice, que ha mostrado su utilidad en diferentes investigaciones desarrolladas en el propio contexto de tratamiento (Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010; Fernández-Montalvo et al., 2007; Fernández-Montalvo et al., 2008; López-Goñi et al., 2012b; López-Goñi et al., 2008a, 2008b; López-Goñi et al., 2010), se calcula considerando una serie de ítems críticos en cada una de las áreas, para posteriormente considerar la propia autoevaluación del paciente y el criterio del entrevistador. En función de estos elementos se señala una puntuación comprendida en un rango de puntuaciones comprendido entre 0 (*ausencia de problema*) y 9 (*problema extremo*). A mayor puntuación, se entiende que hay una mayor gravedad de la adicción. A su vez, la gravedad se define como la necesidad de tratamiento en cada área. Además de dichas puntuaciones de gravedad, en esta investigación se han empleado las diferentes variables sociodemográficas y de consumo recogidas en este instrumento. La fiabilidad test-retest a corto plazo de las

escalas de gravedad del ASI es mayor o igual a 0,92 en todos los dominios (Anexo 2).

3.4.2. Variables referidas a las conductas violentas

La **Revised Conflicts Tactics Scale-2 (CTS-2)** (Straus et al., 1996) mide hasta qué punto las personas utilizan la violencia contra sus parejas y hasta qué punto utilizan la negociación para resolver los conflictos. La CTS-2 se compone de 78 ítems, todos ellos referentes tanto a las acciones realizadas por la persona que contesta el cuestionario como a las ejercidas por su pareja. Consta de cinco escalas: a) razonamiento/negociación; b) agresión física; c) abuso psicológico; d) coerción sexual; y e) lesiones. Las cuatro últimas, referidas a las conductas violentas, se dividen a su vez en menores y graves. Cumplimentan este cuestionario las personas que tienen pareja en la actualidad o la han tenido anteriormente. De las distintas formas de valoración de las respuestas, en este estudio se ha empleado la prevalencia. Se trata de un indicador dicotómico (0, *ausencia*; 1, *presencia*), que indica si las conductas que componen la escala han ocurrido o no alguna vez en la vida (Anexo 3).

El **Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer (IPD-M)** (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998) consiste en un listado de 13 ítems binarios dirigidos a detectar los pensamientos irracionales del maltratador relacionados con los roles sexuales y la inferioridad de la mujer. Estos pensamientos resultan de gran interés en la medida en que tienen relación con la aparición de las conductas violentas. El paciente ha de señalar qué ideas expresadas en el inventario corresponden a su forma habitual de pensar. Para obtener más información se ha utilizado la reconversión de la escala original a una escala de tipo Likert de 4 puntos (desde 1, *completamente en desacuerdo*, hasta 4, *completamente de acuerdo*), tal como se propone en otros estudios (Ferrer, Bosch, Ramis, Torres y Navarro, 2006). Por lo tanto, en este estudio el rango de los resultados oscila entre 13 y 52. A mayor puntuación, mayor número de distorsiones cognitivas relacionadas con la mujer (Anexo 4).

El ***Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre el Uso de la Violencia (IPD-V)*** (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998) consiste en un listado de 16 ítems binarios que están dirigidos a detectar los pensamientos irracionales del maltratador relacionados con la utilización de la violencia como una forma aceptable de resolver los conflictos. Estos pensamientos resultan de gran interés en la medida en que propician la aparición de conductas violentas. El paciente ha de señalar qué ideas expresadas en el inventario corresponden a su forma habitual de pensar. Se puntúa cada respuesta afirmativa. También en este instrumento se utilizó la reconversión a una escala de tipo Likert de 4 puntos (desde 1, *completamente en desacuerdo*, hasta 4, *completamente de acuerdo*), utilizando la adaptación de Ferrer, Bosch, Ramis, Torres y Navarro (2006). Por ello, en este estudio el rango de los resultados oscila entre 16 y 64. A mayor puntuación, mayor número de distorsiones cognitivas relacionadas con la utilización de la violencia como una forma aceptable de resolver los conflictos (Anexo 5).

3.4.3. Variables psicopatológicas y de personalidad

El ***Listado de Síntomas (SCL-90-R)*** (Derogatis, 1992; González de Rivera, 2002) es un cuestionario autoadministrado de evaluación psicopatológica general. Consta de 90 ítems, con 5 alternativas de respuesta en una escala de tipo Likert, que oscilan entre 0 (*nada*) y 4 (*mucho*). El cuestionario tiene como objetivo reflejar los síntomas de malestar psicológico de un sujeto. Al haberse mostrado sensible al cambio terapéutico, se puede utilizar tanto en una única evaluación como en evaluaciones repetidas. El *SCL-90-R* está constituido por nueve dimensiones de síntomas primarios: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Además, ofrece tres índices globales que reflejan el nivel de gravedad global del sujeto: el *Índice Global de Severidad (GSI)*, que refleja la gravedad global de los síntomas presentados, el *Índice de*

Distrés de Síntomas Positivos (PSDI), que indica la intensidad de los síntomas presentes, y el *Total de Sintomatología Positiva (PST)*, que recoge el número de ítems contestados con una puntuación distinta de 0. La consistencia interna de este instrumento oscila entre 0,70 y 0,90. En este estudio se han considerado los percentiles de cada dimensión (Anexo 6).

El ***Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)*** (Millon, 2004; versión en español de Cardenal y Sánchez, 2007) es utilizado para evaluar los trastornos de personalidad. Se trata de un cuestionario clínico autoaplicado de evaluación de la personalidad y de distintos síndromes clínicos. Está compuesto por 175 ítems de respuesta dicotómica (*verdadero/falso*), que proporcionan información sobre 11 escalas básicas de personalidad (esquizoide, evitativa, depresiva, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva), 3 escalas de personalidad patológica (esquizoide, límite y paranoide), y 10 síndromes clínicos (ansiedad, somatomorfo, bipolar, distimia, abuso de alcohol, abuso de drogas, trastorno de estrés postraumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante). Además, esta versión cuenta con una escala de validez. En la validación española se obtuvieron coeficientes alfa entre 0,65 y 0,88; la fiabilidad test-retest es elevada (mediana 0,91) en períodos cortos de tiempo (Cardenal y Sánchez, 2007). En este estudio se han empleado los percentiles de cada dimensión (Anexo 7).

El ***Índice de Respuesta Interpersonal (IRI)*** (Davis, 1980) consta de 28 ítems que valoran cuatro componentes de la empatía: a) toma de perspectiva (capacidad para apreciar el punto de vista de los demás); b) interés empático (capacidad para sentir compasión y preocupación por las personas que tienen experiencias negativas); c) fantasía (capacidad para identificarse con caracteres o personajes ficticios); y d) aflicción personal (capacidad para compartir las emociones negativas de los demás y de enfrentarse con los sentimientos negativos). Cada uno de los 28 ítems se puntúa en una escala de tipo Likert que oscila de 0 (*totalmente en desacuerdo*) a 4 (*totalmente de acuerdo*), de tal modo que la mayor

puntuación indica mayores niveles de empatía. El rango total de la escala es, por tanto, de 0 a 112 (Anexo 8).

El ***Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo-Estado (STAXI)*** (Spielberger, 1988) consta de 10 ítems relacionados con la ira-estado (intensidad de la emoción de la ira en una situación concreta) y de otros 10 referidos a la ira-rasgo (disposición individual para sentir ira habitualmente). El rango de las puntuaciones es de 10 a 40 en cada escala. A mayor puntuación, mayor es la ira. Asimismo el *STAXI* cuenta con una tercera subescala de 24 ítems relacionada con la forma de la expresión de la ira (ira interna, ira externa y control de la ira). No obstante, en este caso no se ha utilizado esta última subescala (Anexo 9).

La ***Escala de Impulsividad (BIS-10)*** (Barratt, 1985) está dirigida a evaluar el grado de impulsividad de los sujetos. Consta de 33 ítems que se puntúan de 0 a 4 en una escala de tipo Likert. El rango total de la escala oscila de 0 a 132. Este instrumento consta de 3 subescalas, cada una de 11 ítems y un rango que oscila de 0 a 44. La primera subescala evalúa la impulsividad motora, la segunda la impulsividad cognitiva y, por último, la tercera evalúa la improvisación y ausencia de planificación. A mayor puntuación, mayor presencia del rasgo medido en cada subescala. La puntuación total se obtiene de la suma de todas las subescalas (Anexo 10).

La ***Escala de Inadaptación*** (Echeburúa, Corral y Fernandez-Montalvo, 2000) refleja el grado en que la situación problemática de cada paciente afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo-estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar y valoración global. Este instrumento consta de 6 ítems, que oscilan de 0 a 5 en una escala de tipo Likert, desde 0 (*nada*) hasta 5 (*muchísimo*). El rango total de la escala es de 0 a 30. A mayor puntuación, mayor es el grado de afectación. Se ha demostrado que existe una estrecha relación entre la puntuación obtenida en esta escala y diferentes escalas de gravedad de síntomas (Anexo 11).

3.4.4. Variables del tratamiento

El ***Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento*** (Larsen, Attkisson, Hargreaves y Nguyen, 1979) consta de 8 ítems relacionados con la calidad de la atención terapéutica, con la intensidad de la ayuda recibida y, en último término, con la satisfacción con el tratamiento. Cada ítem tiene 4 opciones de respuesta, que puntúan entre 1 y 4. El rango de respuestas posibles oscila entre un valor mínimo de 8 y máximo de 32; cuanto mayores son los valores, mayor satisfacción reflejan (Anexo 12).

3.5. PROCEDIMIENTO

El procedimiento seguido en el estudio incluye los pasos que se describen a continuación. En primer lugar, se llevó a cabo la evaluación inicial de la muestra, a partir de la cual se estableció la pertenencia de cada sujeto al grupo de pacientes con conductas violentas contra la pareja o al de pacientes sin conductas violentas. Tras esta evaluación inicial tuvo lugar la asignación a los grupos experimental (con conductas violentas y con tratamiento), de control 1 (con conductas violentas y sin tratamiento), y de control 2 (sin conductas violentas y sin tratamiento).

En segundo lugar, se llevó a cabo la aplicación del tratamiento psicológico cuya eficacia se pretende evaluar. Esta intervención tuvo lugar con el grupo experimental. En tercer lugar, tras la finalización del mismo, se realizó una evaluación postratamiento con los grupos experimental y de control 1.

Por último, pasados 6 meses desde la finalización del tratamiento tuvo lugar la evaluación de seguimiento, llevada a cabo con los tres grupos. Teniendo en cuenta los tres momentos de evaluación, los instrumentos de

evaluación utilizados en cada fase del estudio son los que figuran en la Tabla 12.

Tabla 12. Instrumentos de evaluación utilizados en cada fase

INSTRUMENTOS UTILIZADOS	Pre tratamiento (G⁰ Exp., C1, C2)	Post tratamiento (G⁰ Exp., C1)	Seguimiento 6 meses (G⁰ Exp., C1, C2)
Consentimiento informado	X	--	--
Hoja de datos personales	X	--	--
Hoja de datos penales	X	--	--
EuropASI	X	--	X
Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer	X	X	X
Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre el Uso de la Violencia	X	X	X
Revised Conflicts Tactics Scales	X	--	--
Listado de Síntomas (SCL-90-R)	X	X	X
Inventario Clínico Multiaxial de Millon	X	--	--
Índice de Respuesta Interpersonal	X	X	X
Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo	X	X	X
Inventario de Manifestación de la Ira Estado	X	X	X
Escala de Impulsividad	X	X	X
Escala de Inadaptación	X	X	X
Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento	--	X (*)	--

(*) = Sólo lo cumplimentaron los miembros del grupo experimental.

3.5.1. Evaluación inicial

En esta primera fase se evaluó, en primer lugar, la presencia de agresiones contra la pareja entre los usuarios que ingresaron en los programas ambulatorio y residencial de la Fundación Proyecto Hombre Navarra. En segundo lugar, se evaluaron las variables sociodemográficas, penales, de gravedad de la adicción, relativas a las conductas violentas en la pareja, psicopatológicas y de personalidad, tal como se ha descrito con anterioridad.

A medida que los pacientes acudían al programa de tratamiento para el abuso de drogas, se llevó a cabo la evaluación inicial con todos los sujetos que cumplían los criterios de admisión y no presentaban criterios de exclusión. Tal y como se ha sugerido por parte de algunos autores (Sonne y Brady, 1998), la evaluación de las características de personalidad se realizó una vez transcurridas 3 semanas desde el inicio de la abstinencia, para eliminar así la posible influencia de síntomas de privación. Del mismo modo, no se cumplimentaron los cuestionarios referidos a variables psicopatológicas hasta transcurridos 3 meses desde el inicio de la abstinencia en el consumo.

En todos los casos se requirió la cumplimentación del *Consentimiento Informado* elaborado para la presente investigación, como condición para poder realizar las entrevistas y participar en la misma (Anexo 1).

Se llevaron a cabo dos sesiones de evaluación con cada paciente. En la primera de ellas a cada sujeto se le explicó, leyó y firmó el *Consentimiento Informado* mediante el cual daba su permiso al investigador para poder acceder a su información, tanto mediante los cuestionarios realizados en las propias sesiones de evaluación, como mediante la recogida de algunos datos de su historia clínica. En esta sesión se valoró también la presencia de conductas violentas con la pareja mediante la realización de una entrevista semiestructurada en la que se exploraron los antecedentes

de violencia de pareja, así como la valoración que cada sujeto hacía al respecto. Sólo después de haber realizado esta entrevista, se cumplimentó con cada paciente la *CTS-2* (no lo rellenaron quienes no habían tenido nunca una pareja estable o quienes se negaron a hacerlo), así como los cuestionarios que evalúan las características de personalidad. Al finalizar esta primera sesión se entregaron y se explicó cómo cumplimentar los dos cuestionarios que evalúan las variables psicopatológicas, es decir, el *SCL-90-R* y el *MCMI-III*, para ser respondidos antes de la siguiente sesión.

La segunda sesión, más breve, consistió en la recogida de ambos cuestionarios y la aclaración de posibles dudas surgidas entre ambas sesiones. En todos los casos existió una coordinación directa con el profesional de referencia del usuario en el programa de tratamiento de la Fundación Proyecto Hombre Navarra, de modo que si la persona había cumplimentado ya con su terapeuta el *SCL-90-R* y/o el *MCMI-III*, no era necesario volver a hacerlo. Los resultados de ambos cuestionarios fueron utilizados tanto con fines terapéuticos, por parte de sus terapeutas, como investigadores, para el presente trabajo. Del mismo modo, todos los datos sociodemográficos y de consumo recogidos en el *EuropASI*, instrumento de evaluación inicial utilizado en los programas de la Fundación Proyecto Hombre Navarra, fueron obtenidos de la historia clínica del usuario.

A la hora de asignar los sujetos al grupo de conductas violentas contra la pareja o al grupo sin conductas violentas, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios, de modo que cumplir uno de ellos fue motivo de asignación al primero de ellos:

1. Reconocimiento del paciente de problemas de violencia contra la pareja.
2. Puntuación positiva en la Escala *CTS-2*.
3. Haber sido denunciado en el pasado por un delito de violencia contra la pareja.
4. Tener orden de alejamiento por motivos de violencia contra la pareja.
5. Impresión clínica fundamentada de existencia de violencia contra la pareja por parte del equipo terapéutico de tratamiento de la drogodependencia.

En cualquier caso, el último de ellos, es decir, el conocimiento del sujeto y la impresión clínica por parte de su terapeuta fueron determinantes en dicha asignación a ambas categorías. Se dio el caso de usuarios cuya única fuente de información acerca de las conductas violentas fueron sus terapeutas, así como el de personas que, habiendo puntuado positivo en la Escala *CTS-2*, fueron valoradas como pertenecientes al grupo sin conductas violentas contra la violencia, una vez conocida la naturaleza, la frecuencia, la antigüedad o el contexto de las conductas ejercidas.

A la hora de utilizar los resultados de la Escala *CTS-2* como criterio de inclusión en el grupo con conductas violentas se tuvieron en cuenta especialmente las siguientes escalas del instrumento de evaluación: agresión física grave, coerción sexual grave, ítem 15 de coerción sexual menor, lesiones menores y lesiones graves. En todos los sujetos, y dadas las limitaciones del instrumento para afinar en el diagnóstico que se pretende en esta investigación, se valoró cada caso cotejando las respuestas obtenidas con la información proporcionada tanto por el propio sujeto en la entrevista como por su terapeuta. En tres casos la sola aparición de alguna conducta de las escalas anteriores no fue considerada suficiente para incluir al sujeto en el grupo con conductas violentas, ya que prevalecieron otras variables contextuales, tal como ya se ha explicado.

Una vez finalizada la evaluación, los pacientes fueron asignados a uno de los tres grupos del estudio. Los pacientes con conductas violentas hacia la pareja se distribuyeron entre el grupo experimental y el grupo de control 1. Los pacientes sin conductas violentas hacia la pareja formaron parte del grupo de control 2. Los datos referentes a dicha distribución se recogen en la Tabla 13.

Tabla 13. Distribución inicial de la muestra

	Hombres		Mujeres		Total
	n	(%)	n	(%)	N
Grupo Experimental	25	(73,5%)	9	(26,5%)	34
Grupo de Control 1	16	(44,4%)	20	(55,6%)	36
Grupo de Control 2	78	(84,8%)	14	(15,2%)	92
Total	119	(73,5%)	43	(26,5%)	162

La distribución de los pacientes con conductas violentas en los grupos experimental y de control 1 fue diseñada para ser realizada de una manera aleatoria. Sin embargo, no fue posible hacerlo así, debido a dos razones: (1) fueron varios los sujetos asignados al grupo experimental que rechazaron hacer el tratamiento, y (2) en otros casos fue imposible agrupar a los usuarios para recibir el tratamiento de modo que coincidieran en el tiempo y en el mismo programa (ambulatorio o residencial). Por ese motivo hubo que completar el grupo experimental con los sujetos disponibles, algunos de ellos inicialmente asignados al grupo de control 1. Debido a ello la distribución de los sujetos en los grupos no fue completamente aleatoria.

3.5.2. Tratamiento

Los pacientes del grupo experimental recibieron, además del tratamiento estándar para el problema de drogas, un tratamiento cognitivo-conductual dirigido específicamente al problema de la violencia en la pareja. Este tratamiento específico constó de un total de entre 16 y 20 sesiones grupales, a lo largo de 3 ó 4 meses.

El contenido del tratamiento se dirige a la adquisición de empatía, de habilidades de comunicación y de solución de problemas, así como a la eliminación (o, cuando menos, reducción) de las actitudes de hostilidad y de las distorsiones cognitivas más frecuentes en los agresores hacia la pareja.

Está basado en el programa de tratamiento para maltratadores descrito en Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998) y en Echeburúa, Amor y Fernández-Montalvo (2002). En la Tabla 14 se señalan los contenidos del programa de tratamiento aplicado, distribuidos por sesiones.

Las sesiones, con una frecuencia de 1 ó 2 por semana, tuvieron una duración de 90 minutos. De cara a hacer coincidir en el espacio y en el tiempo a los sujetos para recibir el tratamiento, y para garantizar que los grupos estuvieran compuestos por personas del mismo sexo, se les distribuyó en 7 grupos diferentes, que tuvieron lugar entre agosto de 2010 y junio de 2012. En cada grupo hubo entre 2 y 9 personas. En la Tabla 15 se muestran los datos referentes a la distribución los sujetos del grupo experimental en función de los grupos en los que tomaron parte.

Sólo 4 de las 36 personas participantes en el tratamiento no lo finalizaron, todas ellas debido a que abandonaron el tratamiento para la adicción en Proyecto Hombre Navarra. No fueron consideradas para la evaluación postratamiento ni para la de seguimiento.

Por otra parte, los pacientes de los dos grupos de control recibieron únicamente el tratamiento estándar de los programas de la Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Tabla 14. Protocolo de tratamiento

Aspecto psicopatológico	Técnica utilizada	Nº sesiones
Desmotivación para el tratamiento	Presentación y explicación del tratamiento	1
Falta de asunción de la responsabilidad propia en los conflictos	Análisis de facilitadores y obstáculos en la relación de pareja	1
Déficits de empatía cognitiva y emocional	Visionado y comentario película "Te doy mis ojos" (Bollaín, 2003)	2
Ideas distorsionadas sobre los roles sexuales y sobre la violencia como forma de solución de problemas	Educación sobre la igualdad de los sexos Reestructuración cognitiva	2
Ira descontrolada	Explicación del proceso de escalada de la ira: antecedentes, indicadores. Control de la ira: suspensión temporal, distracción cognitiva, entrenamiento en auto instrucciones	2
Ansiedad y/o estrés	Entrenamiento en relajación	2
Déficits en autoestima	Reestructuración cognitiva Práctica de actividades alternativas gratificantes	1
Celos patológicos	Reestructuración cognitiva Saciación	1
Déficits de comunicación	Entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación	3
Déficits en la resolución de problemas	Entrenamiento en solución de problemas	1
Déficits en las relaciones sexuales	Educación sobre la sexualidad en la pareja	1
Abuso de alcohol y/u otras drogas	Programa para la bebida controlada o para la abstinencia	1
Reincidencia en la violencia de pareja	Programa de prevención: factores personales de riesgo	1

Tabla 15. Distribución de los sujetos del grupo experimental para el tratamiento

Grupo	Sexo	Asisten	Terminan	Fecha	Nº Sesiones	Asistencia
1	♂	2	2	Agosto - Octubre 2010	20	100%
2	♂	4	4	Octubre 2010 - Abril 2011	18	63%
3	♀	3	3	Marzo - Junio 2011	16	73%
4	♀	6	5	Septiembre - Noviembre 2011	16	98%
5	♂	9	8	Septiembre - Noviembre 2011	16	96%
6	♂	6	6	Febrero - Marzo 2012	16	97%
7	♂	4	4	Marzo - Junio 2012	16	89%
TOTAL		34	32		Media = 16,3	Media = 88%

3.5.3. Evaluación tras el tratamiento

Una vez concluido el tratamiento, se procedió a evaluar a los pacientes de los grupos experimental y de control 1, con los objetivos de valorar los resultados de la intervención y de conocer las diferencias entre quienes recibieron el tratamiento y quienes no lo hicieron.

Todos los miembros del grupo experimental que terminaron el tratamiento respondieron a los cuestionarios a la finalización del mismo. Respecto a las personas pertenecientes al grupo de control 1, se llevó a cabo con una de ellas una entrevista individual para realizar esta evaluación. Sólo en algunos casos concretos, en los que el lugar de residencia era lejano a Pamplona y/o la persona ponía algún impedimento para citarse personalmente, se procedió a enviar por correo postal los cuestionarios. En estos casos se incluyeron en el sobre una carta con instrucciones, los cuestionarios con un código de identificación y un sobre prefranqueado para el envío de vuelta una vez cumplimentados. Un total de 61 personas fueron evaluadas en esta fase, del modo que se recoge en la Tabla 16.

Tabla 16. Distribución de la muestra en la evaluación postratamiento

	Hombres	Mujeres	Total
	n (%)	n (%)	N
G° Experimental	24 (75,0%)	8 (25,0%)	32
G° de Control 1	14 (48,3%)	15 (51,7%)	29
Total	38 (62,3%)	23 (37,7%)	61

3.5.4. Evaluación de seguimiento

A los 6 meses de finalizar el grupo experimental el tratamiento específico para la violencia de pareja, se llevó a cabo una nueva evaluación de todos los pacientes de la muestra, con el objetivo de valorar la evolución a medio plazo. Para ello, se intentó contactar telefónicamente con los 162 sujetos de la muestra, con el objetivo de concertar una entrevista en la que cumplimentaran los cuestionarios correspondientes. Se consiguió evaluar a 101 sujetos (Tabla 17).

Tabla 17. Distribución de la muestra en la evaluación de seguimiento

	Hombres	Mujeres	Total
	n (%)	n (%)	N
Gº Experimental	21 (75,0%)	7 (25,0%)	28
Gº de Control 1	9 (47,4%)	10 (52,6%)	19
Gº de Control 2	43 (79,6%)	11 (20,4%)	54
Total	73 (72,3%)	28 (27,7%)	101

También en esta fase se procedió a enviar los cuestionarios por correo postal a quienes tenían alguna dificultad geográfica o de otra índole para poder acudir a la entrevista presencial. Mediante este procedimiento se realizó la evaluación de 30 de los 101 sujetos evaluados en esta fase. Con ellos se mantuvo una conversación telefónica y un envío de instrucciones en el sobre enviado. En esta fase fueron enviadas por correo 46 cartas, de las que 30 fueron devueltas debidamente cumplimentadas. Por lo tanto, la tasa de cumplimentación y devolución de los cuestionarios fue del 65%.

Además de los cuestionarios correspondientes a este momento de evaluación, se preguntó a los sujetos si habían existido conductas violentas de algún tipo hacia la pareja en el período transcurrido desde la evaluación anterior, registrándose la prevalencia de las mismas (Anexo 13). Se

consideran conductas violentas no sólo la violencia física, sino también insultos, faltas de respeto, etc., del mismo modo que ocurre en el CTS-2.

Del mismo modo, en el momento del seguimiento se mantuvo un contacto con los terapeutas de Proyecto Hombre Navarra, con quienes se recogió información referente a las conductas violentas hacia la pareja en el período transcurrido desde la finalización del tratamiento llevado a cabo con el grupo experimental. En concreto, se preguntó si había existido o no violencia hacia la pareja en cada uno de los casos, o si tenían sospechas razonables de que así fuera. Esta información completó, de este modo, la proporcionada por los propios sujetos en la entrevista mantenida o en la carta enviada. En caso de existir discrepancia entre la información del paciente y la del equipo terapéutico prevaleció esta última, siguiendo el mismo criterio empleado en la evaluación inicial.

Así, si se observa la evolución en los casos evaluados en cada fase de la investigación, un total de 61 casos (37,7% de la muestra inicial total) no pudieron ser evaluados en todas las fases previstas (Tabla 18). Hay que destacar la mayor participación y, por lo tanto, menor proporción de casos perdidos, en el caso de los sujetos del grupo experimental, en el que el 82,4% de las personas completaron las tres evaluaciones.

Tabla 18. Evolución del tamaño de la muestra a lo largo del estudio

	Pretratam.	Postratam.	Seguim.	Casos Perdidos	% Casos perdidos
Gº Experimental	34	32	28	6	17,6%
Gº de Control 1	36	29	19	17	47,2%
Gº de Control 2	92		54	38	41,3%
Total	162		101	61	37,7%

Como puede apreciarse en la Tabla 19 la mayor parte de casos perdidos corresponde a rechazos no explícitos, es decir, a personas que, sin

manifestar su negativa a continuar participando, no acudieron repetidamente a las citas programadas, pusieron trabas para fijar una entrevista o no devolvieron el sobre con los cuestionarios cumplimentados.

Tabla 19. Motivos de abandono en los casos perdidos

Motivo	N (%)
Rechazos encubiertos	27 (44,3%)
Rechazos explícitos	13 (21,3%)
No localizables	10 (16,4%)
Ingresados (otra CT, prisión)	8 (13,1%)
No evaluables (salud mental)	2 (3,3%)
Fallecidos	1 (1,6%)
Total	61 (100%)

CT = Comunidad Terapéutica

En la Figura 1 se presenta un resumen de la evolución de los sujetos a lo largo de estudio, teniendo en cuenta su distribución en los grupos y los casos perdidos a lo largo del mismo.

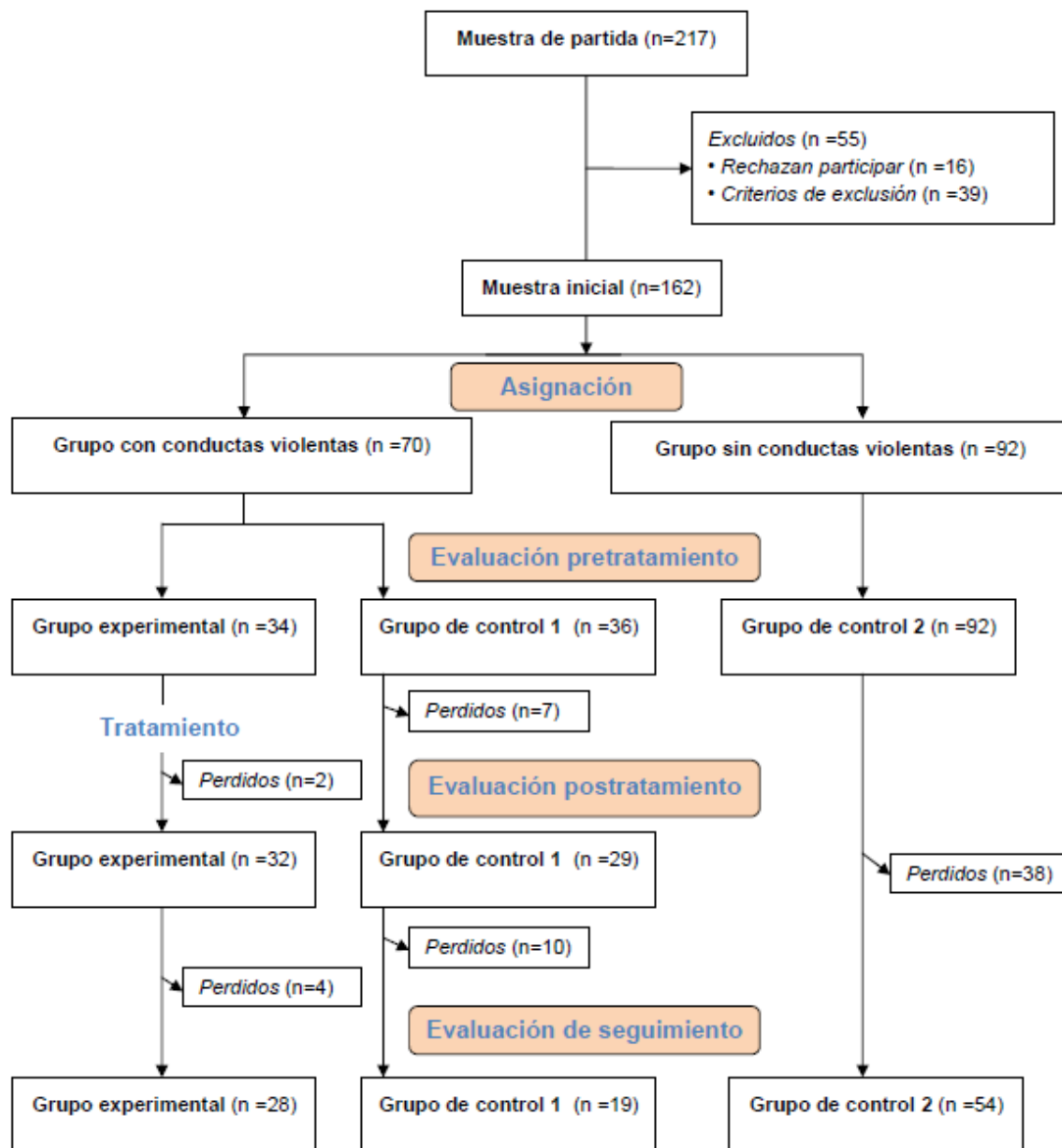


Figura 1. Distribución de los sujetos evaluados en cada fase del estudio

3.6. ANÁLISIS DE DATOS

Se han realizado análisis descriptivos para todas las variables. En los análisis bivariados entre los pacientes que presentan conductas violentas contra la pareja y los que no, se ha empleado el análisis de χ^2 o la prueba *t-Student* para muestras independientes, según la naturaleza de las variables analizadas. En este último caso se ha realizado el contraste de Levene para comprobar la homogeneidad de las varianzas.

Idénticos análisis se han llevado a cabo en la comparación de los grupos experimental y de control 1 para determinar la eficacia del programa de intervención cada uno de los tres momentos evaluados: pretratamiento, postratamiento y seguimiento.

En los análisis llevados a cabo para comparar los tres grupos de estudio en el seguimiento, las comparaciones en las distintas variables se han realizado calculando el análisis de la varianza (ANOVA). La homogeneidad de las varianzas se ha comprobado también mediante el estadístico de Levene. Las comparaciones post-hoc de los grupos dos a dos, para determinar entre qué grupos existen diferencias, se han llevado a cabo mediante el test de comparaciones múltiples de Bonferroni en el caso de varianzas homogéneas, y con el Método de Tamhane cuando no existía homogeneidad de varianzas.

En la valoración de los grupos experimental y de control 1 a lo largo de los tres momentos evaluados se han realizado modelos lineales generales para calcular la *F* y las pruebas *t* para grupos relacionados en los momentos pretratamiento-postratamiento, pretratamiento-seguimiento y postratamiento-seguimiento, tras haber comprobado la homogeneidad de las varianzas.

Para el cálculo del tamaño del efecto se ha aplicado la fórmula consistente en el cociente entre la diferencia de medias (medida posterior – medida anterior) y la desviación típica de la media posterior (Cohen, 1988;

Morales, 2013). Se ha calculado este parámetro en los pares de medidas siguientes: pretratamiento-postratamiento, pretratamiento-seguimiento y postratamiento-seguimiento. En la valoración de la magnitud del tamaño del efecto se han tenido en cuenta las recomendaciones generales de Cohen (1988), que consideran los siguientes criterios: $d = 0,20$ (efecto pequeño), $d = 0,50$ (efecto moderado) y $d = 0,80$ (efecto grande). También se ha considerado que valores en torno a 0,30 pueden ser relevantes para la práctica clínica (Borg, Gall y Gall, 1993).

En cuanto a los análisis multivariados, se han realizado diferentes modelos de regresión logística (empleando el modelo por pasos hacia adelante) con el objetivo de identificar las variables específicas que podrían explicar las diferentes tasas de éxito, entendido como ausencia de conductas violentas hacia la pareja en el seguimiento, encontradas entre los diferentes grupos de pacientes. Se han calculado las *odds ratio* (OR) y el intervalo de confianza al 95% (IC). En estos análisis la variable dependiente ha sido la ausencia (0) o presencia (1) de conductas violentas en el seguimiento. Las variables independientes incluidas han sido: a) variables sociodemográficas (sexo, estado civil, nivel de estudios, edad); b) variables de gravedad de la adicción (*EuropASI* subescala alcohol, *EuropASI* subescala drogas); c) variables referidas a las conductas violentas (*IPD-M*, *IPD-V*); d) variables psicopatológicas y de personalidad (*IRI total*, *BIS total*, *Staxi-Estado*, *Staxi-Rasgo*, *Escala global de inadaptación*, índices globales *GSI*, *PSDI*, *PST* del *SCL-90-R*); e) tipo de programa de tratamiento para la drogodependencia (ambulatorio o residencial); y f) grupo asignado en el estudio (experimental, de control 1, de control 2).

Más concretamente, se han realizado los siguientes análisis en función de las diferentes muestras:

- 1) Con todos los sujetos incluidos en la investigación se ha elaborado un modelo a partir de las variables pre-tratamiento (incluyendo el grupo de asignación).
- 2) Con los pacientes que presentaban conductas violentas al inicio del tratamiento se han realizado tres modelos diferentes: con las variables pre-tratamiento, con las variables de finalización de la intervención y con las variables pre-post tratamiento que resultaron significativas en los modelos anteriores.

3) Finalmente, con los sujetos del grupo experimental también se han realizado tres modelos: con las variables pre-tratamiento, con las variables de finalización y con la combinación de las variables pre-post.

Para todas las pruebas se han considerado significativos los valores de $p \leq 0,05$. Todos los análisis estadísticos se han realizado con el programa informático SPSS (vs. 15.0).

4. RESULTADOS

En este capítulo de la investigación se presentan los resultados, tal como se indica a continuación:

1. En primer lugar, se ofrecen los resultados relativos a la prevalencia de la violencia hacia la pareja en la población drogodependiente estudiada.
2. En segundo lugar, se muestran las características diferenciales de los sujetos con conductas violentas hacia la pareja y los sujetos sin dichas conductas.
3. En tercer lugar, se ofrecen los resultados relacionados con la determinación de la eficacia del tratamiento aplicado para la violencia. Por un lado, se muestra la comparación entre los dos grupos de sujetos que presentan conductas violentas (grupo experimental y grupo de control 1) antes del tratamiento, de cara establecer su homogeneidad inicial. Por otro lado, se vuelven a comparar ambos grupos tanto en el final del tratamiento como en el seguimiento.
4. En cuarto lugar, se comparan los tres grupos del estudio entre sí en el seguimiento.
5. A partir de los datos obtenidos, se presentan en quinto lugar los resultados del análisis de medidas repetidas de cada uno de los tres grupos, mediante el cual se ha evaluado la evolución de las variables estudiadas a lo largo de los tres momentos en que han sido medidas.
6. Por último, se ofrecen los resultados obtenidos al llevar a cabo una regresión logística con el objetivo de identificar las variables específicas que podrían explicar las diferentes tasas de éxito encontradas entre los diferentes grupos de pacientes.

4.1. PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA HACIA LA PAREJA EN LAS PERSONAS ADICTAS

Siguiendo los criterios descritos en el apartado *Procedimiento*, la prevalencia de violencia contra la pareja en la población atendida en la Fundación Proyecto Hombre Navarra por su consumo de drogas es del 33,6% (42 casos). De dichos sujetos, el 54,8% son hombres y el 45,2% mujeres (Figura 2).

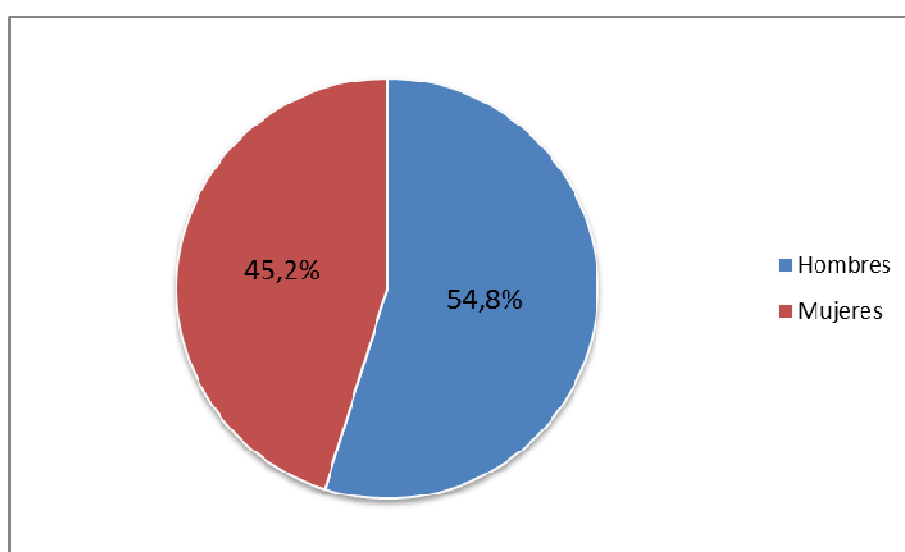


Figura 2. Distribución por sexo de los sujetos con violencia hacia la pareja

En la Tabla 20 se presentan los resultados referidos a la determinación de la prevalencia de la violencia hacia la pareja en la población objeto de estudio. Se ofrecen tanto los datos globales como los correspondientes a cada sexo.

Dicha prevalencia del 33,6% varía considerablemente si se considera por separado a hombres y mujeres. La proporción de mujeres que presentan violencia hacia su pareja es significativamente mayor (63,3%) que la de hombres (24,2%).

Tabla 20. Prevalencia de violencia contra la pareja en personas adictas en tratamiento

	Con conductas violentas		Sin conductas violentas		Total	χ^2	(gl)
	n	(%)	n	(%)	N		
Hombre	23	(24,2%)	72	(75,8%)	95	15,6*** (1)	
Mujer	19	(63,3%)	11	(36,7%)	30		
Total	42	(33,6%)	83	(63,4%)	125		

En la Tabla 21 se presenta la prevalencia de violencia contra la pareja de la muestra total de este estudio (N = 162), incluyendo el sesgo de selección ya explicado. A efectos de establecer la prevalencia de la violencia contra la pareja en población drogodependiente no es un dato representativo. No obstante, describe el perfil de violencia hacia la pareja de la muestra total con la que se ha trabajado en esta investigación.

Tabla 21. Prevalencia de conductas violentas contra la pareja en la muestra total estudiada

	Con conductas violentas		Sin conductas violentas		Total
	n	(%)	n	(%)	N
Hombre	41	(34,5%)	78	(65,5%)	119
Mujer	29	(67,4%)	14	(32,6%)	43
Total	70	(43,2%)	92	(56,8%)	162

En la Tabla 22 se recogen las conductas violentas ejercidas por los sujetos, correspondientes a las escalas de la *Revised Conflicts Tactics Scale-2 (CTS-2)*. Este cuestionario no fue cumplimentado por 8 personas que no han tenido pareja estable nunca, así como por otras 2 que se negaron a responderlo.

Tabla 22. Prevalencia de conductas violentas contra la pareja en la muestra estudiada

	Total N = 152	
	n	(%)
Agresión psicológica	147	(96,7%)
Menor	145	(95,4%)
Grave	90	(59,2%)
Agresión física	79	(52,0%)
Menor	73	(48,0%)
Grave	48	(31,6%)
Coerción sexual	57	(37,5%)
Menor	54	(35,5%)
Grave	5	(3,3%)
Lesiones	50	(32,9%)
Menores	45	(29,6%)
Graves	36	(23,7%)

Como se presenta en la Tabla 23, los criterios más frecuentes por los que se ha incluido a cada sujeto en el grupo con conductas violentas son, por orden de mayor a menor frecuencia, la impresión clínica fundamentada por parte del terapeuta, la puntuación positiva en la escala *CTS-2*, el reconocimiento del paciente y tener órdenes de alejamiento y/o denuncias por delitos relacionados con la violencia hacia la pareja.

Tabla 23. Criterios para inclusión en grupo con conductas violentas

Criterio de inclusión	Con conductas violentas (n = 70)	
	n	(%)
1. Reconocimiento del paciente	24	(34,3%)
2. Puntuación positiva escala CTS-2	53	(75,7%)
3. Denuncia por delito de violencia contra pareja	15	(21,4%)
4. Orden de alejamiento por violencia contra pareja	16	(22,9%)
5. Impresión clínica de violencia contra la pareja	56	(80,0 %)

En la Tabla 24 se muestra el número de criterios de inclusión en el grupo con conductas violentas que presentan los sujetos de ambos grupos. Sobre los cinco posibles criterios, se presenta cuántos se dan en cada sujeto.

Tabla 24. Número de criterios cumplidos para la inclusión en el grupo con conductas violentas

Nº de criterios	Total N = 162		Sin conductas violentas (n = 92)		Con conductas violentas (n = 70)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
0	89	(54,9%)	89	(96,7%)	0	
1	24	(14,8%)	3	(3,3%)	21	(30,0%)
2	22	(13,6%)	0		22	(31,4%)
3	14	(8,6%)	0		14	(20,0%)
4	8	(4,9%)	0		8	(11,4%)
5	5	(3,1%)	0		5	(7,1%)

Más de dos terceras partes de los miembros del grupo con conductas violentas cumplen más de un criterio de inclusión en el grupo con conductas violentas. Por otro lado, en el grupo sin conductas violentas tres sujetos presentan un criterio. Se trata de personas en las que, a pesar de puntuar positivamente en la escala *CTS-2*, dicho criterio ha sido valorado como no suficiente para su inclusión, al consistir en algún episodio puntual, sobre el que se ha hecho prevalecer la información clínica del equipo terapéutico.

4.2. COMPARACIÓN DEL PERFIL DE LAS PERSONAS ADICTAS CON Y SIN VIOLENCIA HACIA LA PAREJA

4.2.1. Variables sociodemográficas y de gravedad de la adicción

Los principales datos sociodemográficos de la muestra se presentan en la Tabla 25. En ella aparecen los datos de la muestra total, así como la comparación entre los sujetos con y sin conductas violentas hacia la pareja.

La edad media de la muestra se sitúa en torno a los 36 años, sin que existan diferencias entre los sujetos con y sin conductas violentas contra la pareja. Sí existe una notable diferencia en la distribución por sexos. La proporción de mujeres es mucho mayor en el grupo con conductas violentas (41,4%) que en el grupo sin conductas violentas (15,2%). Respecto a otras características estudiadas, el perfil predominante en la muestra es el de una persona soltera y sin estudios o con estudios básicos, no existiendo diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla 25. Comparación de variables sociodemográficas entre los pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja

	Total N = 147		Con conductas violentas (n =66)		Sin conductas violentas (n =81)		t	(gl)
	Media	(DT)	Media	(DT)	Media	(DT)		
Edad media	36,4	(8,9)	35,7	(7,8)	36,9	(9,6)	0,8	(145)
	Total N = 162		Con conductas violentas (n =70)		Sin conductas violentas (n =92)		X ²	(gl)
	N	(%)	n	(%)	n	(%)		
Sexo								
Hombre	119	(73,5%)	41	(58,6%)	78	(84,8%)	14,0*	(1)
Mujer	43	(26,5%)	29	(41,4%)	14	(15,2%)		
	Total N = 152		Con conductas violentas (n =67)		Sin conductas violentas (n =85)		X ²	(gl)
	N	(%)	n	(%)	n	(%)		
Estado civil								
Solteros	97	(63,8%)	42	(62,7%)	55	(64,7%)	4,0	(2)
Casados	30	(19,7%)	10	(14,9%)	20	(23,5%)		
Separados/Divorciados	25	(16,5%)	15	(22,4%)	10	(11,8%)		
	Total N = 121		Con conductas violentas (n =57)		Sin conductas violentas (n =64)		X ²	(gl)
	N	(%)	n	(%)	n	(%)		
Nivel educativo								
Sin Estudios/Primarios/EGB	58	(47,9%)	28	(49,1%)	30	(46,9%)	5,7	(3)
Secundaria/FP1	29	(24,0%)	14	(24,6%)	15	(23,4%)		
Bachillerato/COU/FP2	25	(20,7%)	8	(14,0%)	17	(26,6%)		
Universitarios	9	(7,4%)	7	(12,3%)	2	(3,1%)		

*p < ,001

Las sustancias que motivaron el ingreso en el programa de tratamiento para el abuso de drogas fueron principalmente la cocaína y el alcohol. Aunque no existe significación estadística, el consumo de cocaína es mayor en el grupo con conductas violentas hacia la pareja y el de alcohol en el grupo sin conductas violentas (Tabla 26).

Tabla 26. Comparación de la sustancia motivo de ingreso entre los pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja

	Total N = 150		Con conductas violentas (n = 66)		Sin conductas violentas (n = 84)		χ^2 (gl)
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	
Alcohol	49	(32,7%)	17	(25,8%)	32	(38,1%)	
Estimulantes (cocaína...)	59	(39,3%)	29	(43,9%)	30	(35,7%)	2,6 (2)
Otras	42	(28,0%)	20	(30,4%)	22	(26,2%)	

Respecto a la necesidad de tratamiento en las diferentes áreas que recoge el *EuropASI*, los sujetos de la muestra total presentan las mayores puntuaciones en las áreas familiar/social, las referidas al consumo de alcohol y de otras drogas, y la psiquiátrica (Tabla 27).

Tabla 27. Comparación de la gravedad del consumo entre los pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja (EuropASI)

	Total (N = 152)		Con conductas violentas (n = 67)		Sin conductas violentas (n = 85)		t	(gl)
Área	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)		
Médica	2,8	(1,8)	3,2	(2,0)	2,6	(1,7)	2,0*	(150)
Empleo/Soporte	3,6	(1,9)	3,9	(1,9)	3,3	(1,9)	1,9	(150)
Consumo de alcohol	4,4	(2,2)	4,5	(2,2)	4,3	(2,2)	0,7	(149)
Consumo de otras drogas	4,4	(2,1)	4,8	(2,0)	4,1	(2,1)	2,1*	(149)
Legal	2,6	(2,0)	2,9	(2,2)	2,4	(1,8)	1,6	(124,8)
Familiar/Social	4,7	(1,9)	5,3	(1,7)	4,1	(1,8)	4,1**	(150)
Psiquiátrica	4,3	(1,7)	4,5	(1,6)	4,1	(1,8)	1,6	(150)

* $p < ,05$; ** $p < ,001$

El grupo con conductas violentas hacia la pareja presenta mayores puntuaciones en todas las áreas, presentando diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo sin conductas violentas en las áreas familiar/social, consumo de drogas y médica.

4.2.2. Variables referidas a las conductas violentas

En la Tabla 28 se recoge la información referida a las conductas violentas hacia la pareja, obtenida mediante la CTS-2.

Tabla 28. Comparación de la prevalencia de conductas violentas contra la pareja entre los pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja

	Total N = 152		Con conductas violentas (n = 68)		Sin conductas violentas (n = 84)	χ^2 (gl = 1)
	n	(%)	n	(%)	n (%)	
Agresión psicológica	147	(96,7%)	68	(100%)	79 (94,0%)	4,2 *
Menor	145	(95,4%)	68	(100%)	77 (91,7%)	5,9**
Grave	90	(59,2%)	59	(86,8%)	31 (36,9%)	38,7 ***
Agresión física	79	(52,0%)	57	(83,8%)	22 (26,2%)	50,0 ***
Menor	73	(48,0%)	53	(77,9%)	20 (23,8%)	44,1 ***
Grave	48	(31,6%)	40	(58,8%)	8 (9,5%)	42,3 ***
Coerción sexual	57	(37,5%)	26	(38,2%)	31 (36,9%)	0,02
Menor	54	(35,5%)	23	(33,8%)	31 (36,9%)	0,1
Grave	5	(3,3%)	5	(7,3%)	0	6,4 *
Lesiones	50	(32,9%)	47	(69,1%)	3 (3,6%)	73,1 ***
Menores	45	(29,6%)	43	(63,2%)	2 (2,4%)	66,8 ***
Graves	36	(23,7%)	33	(48,5%)	3 (3,6%)	42,0 ***

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Entre las conductas más prevalentes en ambos grupos se encuentran la *agresión psicológica* y la *coerción sexual menor*. Sin embargo, estos dos tipos de conductas, tal y como aparecen recogidos en el cuestionario, no discriminan bien la existencia de conductas violentas hacia la pareja en la muestra estudiada. Al comparar los resultados del cuestionario con la historia de cada sujeto y con la información clínica aportada por su terapeuta se ha encontrado que no reflejan adecuadamente la existencia de violencia hacia la pareja en la muestra. De ahí que, tal como se ha reflejado en el apartado correspondiente al procedimiento seguido, los ítems que se han considerado como discriminadores entre ambos grupos han sido *agresión física grave*, *coerción sexual grave*, ítem 15 de *coerción sexual menor*, *lesiones menores* y *lesiones graves*.

Respecto a los pensamientos distorsionados sobre el rol de la mujer y sobre la violencia como una forma aceptable de resolver los conflictos (Tabla 29), el grupo con conductas violentas tiene puntuaciones ligeramente más altas, pero no aparecen diferencias significativas entre ambos grupos.

Tabla 29. Comparación de los pensamientos distorsionados entre los pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja

	Total			Con conductas violentas			Sin conductas violentas			<i>t</i>	<i>(gl)</i>
	N	M	(DT)	N	M	(DT)	N	M	(DT)		
IPD-M	158	22,3	(5,4)	68	23,5	(5,1)	90	21,4	(5,4)	2,5	(156)
IPD-V	162	31,3	(6,4)	70	31,6	(6,5)	92	31,0	(6,4)	0,5	(160)

IPD-M = Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer;

IPD-V = Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Violencia

4.2.3. Variables psicopatológicas y de personalidad

En lo referido a las variables psicopatológicas, los resultados del *SCL-90-R* muestran un nivel moderadamente alto de síntomas psicopatológicos en los sujetos (Tabla 30).

Las puntuaciones más altas aparecen en el *Índice Global de Gravedad* y en el *Total de Síntomas Positivos*, así como en las dimensiones *psicoticismo*, *sensibilidad interpersonal*, *depresión* e *ideación paranoide*.

Tabla 30. Comparación de los síntomas de malestar psicológico entre los pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja (SCL-90-R)

	Total (N = 137)		Con conductas violentas (n = 63)		Sin conductas violentas (n = 74)		t	(gl)
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)		
GSI	70,0	(31,5)	76,1	(27,8)	64,8	(33,6)	2,1*	134,9
PSDI	49,9	(30,2)	53,9	(31,0)	46,4	(29,2)	1,5	135
PST	74,0	(29,3)	79,0	(25,7)	46,4	(31,6)	1,9	134,7
Somatización	62,4	(31,4)	65,3	(29,6)	59,9	(32,8)	1,0	135
Obsesión-compulsión	64,1	(32,5)	67,6	(30,3)	61,1	(34,2)	1,2	135
Sensibilidad interpersonal	68,2	(31,1)	74,2	(29,0)	63,2	(32,1)	2,1*	135
Depresión	67,9	(30,5)	74,1	(26,7)	62,5	(32,7)	2,3*	134,8
Ansiedad	64,7	(32,9)	70,5	(31,3)	59,8	(33,6)	1,9	135
Hostilidad	54,0	(33,0)	60,2	(31,7)	48,7	(33,4)	2,0*	135
Ansiedad fóbica	52,0	(39,1)	52,9	(39,3)	51,2	(39,1)	0,3	135
Ideación paranoide	67,7	(32,2)	73,1	(31,2)	63,2	(32,6)	1,8	135
Psicoticismo	71,2	(30,1)	76,7	(24,4)	66,4	(33,7)	2,1*	131,7

GSI = Índice Global de Gravedad; PSDI = Índice de Distrés de Síntomas Positivos; PST = Total de Sintomatología Positiva.

* $p < ,05$

Tabla 31. Comparación en las escalas de personalidad entre los pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja (MCMI-III)

	Total (N = 129)		Con conductas violentas (n = 61)		Sin conductas violentas (n = 68)		t (gl = 127)
	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)	
Esquizoide	46,7	(18,5)	46,8	(17,7)	46,6	(19,3)	0,1
Evitativa	43,9	(24,4)	45,7	(23,3)	42,3	(25,3)	0,8
Depresiva	46,3	(23,9)	49,0	(20,6)	43,9	(26,4)	1,2
Dependiente	46,6	(22,4)	45,0	(22,7)	47,9	(22,2)	0,7
Histriónica	44,3	(19,5)	47,3	(18,7)	41,6	(20,0)	1,7
Narcisista	60,5	(14,2)	60,9	(13,1)	60,2	(15,2)	0,3
Antisocial	67,0	(11,8)	70,5	(11,7)	63,8	(11,0)	3,3***
Agresiva (Sádica)	56,2	(16,6)	62,3	(14,6)	50,7	(16,6)	4,2***
Compulsiva	45,2	(18,1)	43,3	(18,5)	47,0	(17,7)	1,2
Negativista (Pasivo-Agresivo)	47,2	(20,0)	52,3	(15,9)	42,6	(22,1)	2,9**
Autodestructiva	42,9	(22,0)	45,8	(20,1)	40,3	(23,5)	1,4
Esquizotípica	39,1	(25,3)	42,7	(23,6)	35,9	(26,4)	1,6
Límite	51,3	(19,3)	54,6	(17,7)	48,5	(20,4)	1,8
Paranoide	47,8	(25,6)	54,8	(22,0)	41,5	(27,1)	3,1**
Trastorno ansiedad	58,4	(31,7)	61,5	(29,2)	55,7	(33,8)	1,1
Trastorno somatoformo	32,7	(24,4)	34,8	(22,5)	30,9	(26,0)	0,9
Trastorno bipolar	57,4	(21,0)	60,8	(19,6)	54,4	(21,8)	1,8
Trastorno distímico	43,9	(25,5)	48,1	(21,9)	40,1	(28,0)	1,8
Dependencia alcohol	73,2	(20,1)	77,5	(19,7)	69,2	(19,8)	2,4*
Dependencia sustancias	82,6	(11,8)	85,1	(11,8)	80,4	(11,5)	2,3*
Trastorno estrés postraumático	43,8	(24,2)	48,9	(19,8)	39,2	(26,8)	2,4*
Trastorno del pensamiento	43,2	(27,0)	43,4	(25,3)	43,0	(28,5)	0,1
Depresión mayor	33,9	(28,3)	34,9	(25,6)	33,0	(30,6)	0,4
Trastorno delirante	47,2	(30,6)	52,9	(28,6)	42,0	(31,6)	2,0*

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

El grupo con conductas violentas contra la pareja presenta puntuaciones más altas que el grupo sin violencia en todos los síntomas de malestar psicológico. Existen diferencias significativas entre ambos grupos en el *Índice Global de Severidad*, así como en las escalas de *sensibilidad interpersonal*, *depresión*, *hostilidad* y *psicoticismo*.

Respecto a las escalas de personalidad evaluadas mediante el *MCMI-III*, destacan las altas puntuaciones obtenidas por la muestra total en las escalas *dependencia de sustancias* y *dependencia de alcohol*, algo lógico si se considera que se trata de una muestra de personas con abuso de sustancias, y en la escala *antisocial* (Tabla 31).

Las personas con conductas violentas contra la pareja puntúan significativamente más alto en las siguientes escalas: *antisocial*, *agresiva (sádica)*, *negativista (pasivo-agresivo)*, *paranoide*, *dependencia de alcohol* y *de otras sustancias*, *trastorno de estrés postraumático* y *trastorno delirante*.

La Tabla 32 recoge los resultados referidos a otras variables de personalidad que guardan relación con la conducta violenta en la pareja.

Los resultados referidos a la empatía, evaluada mediante el *IRI*, no muestran diferencias entre ambos grupos. Sin embargo, sí existen diferencias en la *ira-rasgo* medida mediante el *STAXI*, siendo ésta mayor en el grupo con conductas violentas hacia la pareja.

Los niveles de impulsividad registrados mediante la *Escala de Impulsividad (BIS-10)* son significativamente mayores en el grupo con conductas violentas contra la pareja en la escala global, aunque no así en las subescalas evaluadas. Por otro lado, la *Escala de Inadaptación* refleja diferencias entre ambos grupos en el grado de afectación de la situación problemática a distintas áreas de la vida cotidiana, tanto en la *escala global* como en las subescalas referidas al *trabajo* y a la *pareja*, siendo éstas más altas en el grupo con conductas violentas hacia la pareja.

Tabla 32. Comparación de otras variables de personalidad entre los pacientes con y sin conductas violentas contra la pareja

	Total (N = 162)		Con conductas violentas (n = 70)		Sin conductas violentas (n = 92)		t	(gl)
	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)		
Índice de Respuesta Interpersonal	47,5	(9,8)	47,6	(8,8)	47,5	(10,6)	0,0	(160)
Perspectiva empática	12,4	(4,9)	13,1	(5,0)	11,9	(4,8)	1,6	(160)
Interés empático	9,1	(2,5)	9,0	(2,5)	9,2	(2,6)	0,6	(160)
Fantasía empática	13,8	(5,2)	13,3	(5,2)	14,1	(5,3)	1,0	(160)
Aflicción personal	12,3	(4,7)	12,2	(4,6)	12,3	(4,7)	0,1	(160)
Ira-estado	14,4	(6,0)	15,2	(6,4)	13,9	(5,6)	1,3	(158)
Ira-rasgo	20,4	(5,8)	22,0	(5,8)	19,2	(5,4)	3,1**	(160)
Escala de Impulsividad	58,1	(17,3)	61,1	(18,3)	55,8	(16,2)	2,0*	(160)
Impulsividad motora	18,9	(8,0)	20,8	(7,7)	17,5	(8,0)	2,6	(160)
Impulsividad cognitiva	21,3	(6,1)	22,1	(6,6)	20,8	(5,7)	1,3	(160)
Improvisación	17,8	(6,8)	18,3	(7,1)	17,5	(6,5)	0,7	(160)
Escala de Inadaptación	19,7	(7,2)	21,0	(6,6)	18,7	(7,6)	2,0*	(160)
Trabajo	3,1	(1,8)	3,4	(1,6)	2,8	(1,8)	2,1*	(160)
Social	3,2	(1,5)	3,3	(1,4)	3,1	(1,6)	1,1	(160)
Tiempo libre	3,2	(1,5)	3,4	(1,3)	3,1	(1,6)	1,2	(160)
Pareja	3,3	(1,6)	3,6	(1,6)	3,0	(1,7)	2,1*	(158)
Familiar	3,3	(1,4)	3,4	(1,3)	3,2	(1,5)	0,7	(159)
Ítem global	3,8	(1,2)	3,9	(1,2)	3,6	(1,3)	1,7	(159)

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

4.3. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA VIOLENCIA HACIA LA PAREJA

Como ya se ha comentado anteriormente, la eficacia del programa de intervención para la violencia hacia la pareja se ha evaluado mediante la comparación de dos grupos. Ambos están compuestos por pacientes que presentaban conductas violentas hacia la pareja. En el primero de ellos, compuesto por 32 sujetos, se ha aplicado el programa que se pone a prueba. En el segundo, formado por 34 sujetos, no se ha aplicado ningún tratamiento para la violencia de pareja; por ello, este último se ha utilizado como grupo de control del primero, de cara a realizar la comparación entre ambos.

4.3.1. Comparación entre los dos grupos con conductas violentas antes del tratamiento

A continuación se presentan los resultados de la comparación llevada a cabo en el pretratamiento con el objetivo de establecer la homogeneidad de los grupos.

4.3.1.1. Variables sociodemográficas y de gravedad de la adicción

En la Tabla 33 se recoge la distribución de las variables sociodemográficas en los dos grupos que presentan violencia contra la pareja.

Tabla 33. Comparación de variables sociodemográficas entre los dos grupos con conductas violentas antes del tratamiento

	Total (N = 66)		Experimental (n = 32)		Control 1 (n = 34)		t (gl)
	Media	(DT)	Media	(DT)	Media	(DT)	
Edad media	35,7	(7,8)	37,6	8,2	33,9	7,0	2,0 (64)
	Total (N = 70)		Experimental (n = 34)		Control 1 (n = 36)		χ² (gl)
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	
Sexo							
Hombre	41	(58,6%)	25	(73,5%)	16	(44,4%)	6,1* (1)
Mujer	29	(41,4%)	9	(26,5%)	20	(55,6%)	
	Total (N = 67)		Experimental (n = 32)		Control 1 (n = 35)		χ² (gl)
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	
Estado civil							
Solteros	42	(62,7%)	14	(43,8%)	28	(80,0%)	9,4** (2)
Casados	10	(14,9%)	7	(21,9%)	3	(8,6%)	
Separados/Divorciados	15	(22,4%)	11	(34,4%)	4	(11,4%)	
	Total (N = 57)		Experimental (n = 29)		Control 1 (n = 28)		χ² (gl)
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	
Nivel educativo							
Sin Estudios/Primarios/EGB	28	(49,1%)	13	(44,8%)	15	(53,6%)	2,1 (2)
Secundaria/FP1	14	(24,6%)	6	(20,7%)	8	(28,6%)	
Bachiller/COU/FP2/Universitarios	15	(26,3%)	10	(34,5%)	5	(17,9%)	

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

Los dos grupos son homogéneos en cuanto a la edad y el nivel educativo. No obstante, existen diferencias en la distribución por sexo, con una mayor proporción de mujeres en el grupo de control 1. También existen diferencias significativas en el estado civil. Más de la mitad de los sujetos del grupo experimental están casados o separados/divorciados, mientras que en el grupo de control 1 el 80% son solteros.

Respecto a la sustancia que motivó el tratamiento para la drogodependencia (Tabla 34), existe una diferencia significativa entre ambos grupos. El grupo experimental tiene un consumo más alto de alcohol, mientras que el grupo de control 1 presenta un consumo principal de estimulantes.

Tabla 34. Comparación de la sustancia motivo de ingreso entre los dos grupos con conductas violentas antes del tratamiento

	Total N = 66		Experimental (n = 32)		Control 1 (n = 34)		χ^2 (gl)
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	
Alcohol	17	(25,8%)	13	(40,6%)	4	(11,8%)	
Estimulantes (cocaína...)	29	(43,9%)	11	(34,4%)	18	(52,9%)	7,2* (2)
Otras	20	(30,3%)	8	(25,0%)	12	(35,3%)	

* $p < ,05$

Por otro lado, no existen diferencias significativas en la necesidad de tratamiento debido al consumo de drogas en ninguna de las áreas del *EuropASI* (Tabla 35).

Tabla 35. Comparación de la gravedad del consumo entre los dos grupos con conductas violentas antes del tratamiento (EuropASI)

	Total (N = 67)		Experimental (n = 32)		Control 1 (n = 35)		t (gl = 65)
Área	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)	
Médica	3,2	(2,0)	3,3	(1,8)	3,1	(2,1)	0,5
Empleo/Soporte	3,9	(1,9)	3,7	(2,1)	4,1	(1,8)	0,8
Consumo de alcohol	4,5	(2,2)	5,0	(2,2)	4,1	(2,1)	1,7
Consumo de otras drogas	4,8	(2,0)	4,5	(2,2)	5,1	(1,7)	1,2
Legal	2,9	(2,2)	3,1	(2,6)	2,8	(1,9)	0,6
Familiar/Social	5,3	(1,7)	5,7	(1,8)	5,0	(1,6)	1,5
Psiquiátrica	4,5	(1,6)	4,4	(1,7)	4,6	(1,6)	0,4

4.3.1.2. Variables referidas a las conductas violentas

La Tabla 36 muestra la comparación, obtenida mediante la CTS-2, en las conductas violentas hacia la pareja. Existe semejanza en todas las variables, excepto en *agresión física grave*, en la prevalencia de dichas conductas entre los dos grupos con violencia hacia la pareja. El grupo de control 1 presenta puntuaciones más altas en variables como *agresión física grave* y *lesiones*, que indican una mayor severidad en la violencia.

Tabla 36. Prevalencia de conductas violentas contra la pareja entre los dos grupos con conductas violentas antes del tratamiento

	Total (N = 68)	Experimental (n = 34)	Control 1 (n = 34)	χ^2 (gl = 1)
	n (%)	n (%)	n (%)	
Agresión psicológica	68 (100%)	34 (100%)	34 (100%)	7,4
Menor	68 (100%)	34 (100%)	34 (100%)	3,7
Grave	59 (86,8%)	29 (85,3%)	30 (88,2%)	6,5
Agresión física	57 (83,8%)	29 (85,3%)	28 (82,4%)	19,2
Menor	53 (77,9%)	25 (73,5%)	28 (82,4%)	7,8
Grave	40 (58,8%)	16 (47,1%)	24 (70,6%)	14,9*
Coerción sexual	26 (38,2%)	11 (32,4%)	15 (44,1%)	4,6
Menor	23 (33,8%)	10 (29,4%)	13 (38,2%)	0,6
Grave	5 (7,4%)	2 (5,9%)	3 (8,8%)	1,0
Lesiones	47 (69,1%)	20 (58,8%)	27 (79,4%)	10,9
Menores	43 (63,2%)	18 (52,9%)	25 (73,5%)	4,3
Graves	33 (48,5%)	14 (41,2%)	19 (55,9%)	3,7

* $p < ,05$

No existe diferencia significativa entre ambos grupos en los pensamientos distorsionados sobre la mujer y sobre el uso de la violencia como forma de resolver los conflictos (Tabla 37).

Tabla 37. Comparación de los pensamientos distorsionados entre los dos grupos con conductas violentas antes del tratamiento

	Total			Experimental			Control 1			<i>t</i> (<i>gl</i>)	
	<i>N</i>	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>n</i>	<i>M</i>	(<i>SD</i>)	<i>n</i>	<i>M</i>	(<i>SD</i>)		
IPD-M	68	23,5	(5,1)	34	22,7	(5,2)	34	24,3	(5,0)	1,3	(66)
IPD-V	70	31,6	(6,5)	34	31,7	(6,8)	36	31,4	(6,3)	0,2	(68)

IPD-M = Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer;

IPD-V = Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Violencia

4.3.1.3. Variables psicopatológicas y de personalidad

La Tabla 38 muestra los síntomas de malestar psicológicos de los sujetos antes del tratamiento. No aparecen diferencias significativas entre los dos grupos.

Respecto a las escalas de personalidad y variables relacionadas con trastornos de personalidad, no existen diferencias significativas entre los dos grupos en ninguna de ellas (Tabla 39).

Tabla 38. Comparación de los síntomas de malestar psicológico entre los dos grupos con conductas violentas antes del tratamiento (SCL-90-R)

	Total (N = 63)		Experimental (n = 34)		Control 1 (n = 29)		<i>t</i> (<i>gl</i> = 61)
	<i>M</i>	(<i>DT</i>)	<i>M</i>	(<i>DT</i>)	<i>M</i>	(<i>DT</i>)	
GSI	76,1	(27,8)	72,4	(30,1)	80,0	(25,0)	1,0
PSDI	53,9	(31,0)	48,5	(29,6)	60,3	(31,9)	1,5
PST	78,9	(25,7)	76,0	(28,7)	82,4	(21,7)	1,0
Somatización	66,0	(30,0)	63,0	(30,5)	68,0	(28,9)	0,9
Obsesión-compulsión	68,2	(30,4)	63,9	(31,5)	72,0	(28,7)	1,2
Sensibilidad interpersonal	74,6	(29,2)	71,9	(30,0)	76,8	(28,1)	0,8
Depresión	74,4	(26,9)	71,6	(28,3)	77,2	(24,8)	0,9
Ansiedad	71,0	(31,5)	65,2	(32,5)	76,8	(29,1)	1,6
Hostilidad	60,2	(31,7)	57,1	(28,4)	63,8	(35,4)	0,8
Ansiedad fóbica	53,2	(39,5)	45,9	(39,5)	61,2	(38,1)	1,6
Ideación paranoide	73,6	(31,3)	71,8	(31,4)	74,4	(31,5)	0,5
Psicoticismo	77,0	(24,5)	73,6	(27,9)	80,4	(19,2)	1,2

GSI = Índice Global de Gravedad; PSDI = Índice de Distrés de Síntomas Positivos; PST = Total de Sintomatología Positiva.

Tabla 39. Comparación en las escalas de personalidad entre los dos grupos con conductas violentas antes del tratamiento (MCMI-III)

	Total (N = 61)		Experimental (n = 32)		Control 1 (n = 29)		<i>t</i>	<i>(gl)</i>
	<i>M</i>	<i>(DT)</i>	<i>M</i>	<i>(DT)</i>	<i>M</i>	<i>(DT)</i>		
Esquizoide	46,8	(17,7)	46,1	(16,5)	47,7	(19,2)	0,3	(59)
Evitativa	45,7	(23,3)	45,1	(21,1)	46,4	(25,8)	0,2	(59)
Depresiva	48,9	(20,6)	48,7	(22,2)	49,2	(19,0)	0,1	(59)
Dependiente	45,0	(22,7)	43,3	(22,9)	46,9	(22,6)	0,6	(59)
Histriónica	47,3	(18,7)	44,8	(18,8)	50,0	(18,5)	1,1	(59)
Narcisista	60,9	(13,1)	61,0	(12,5)	60,7	(13,9)	0,1	(59)
Antisocial	70,5	(11,7)	70,1	(13,6)	71,0	(9,5)	0,3	(59)
Agresiva (Sádica)	62,2	(14,6)	60,5	(15,1)	64,1	(14,1)	1,0	(59)
Compulsiva	43,3	(18,5)	43,5	(18,0)	43,0	(19,4)	0,1	(59)
Negativista (Pasivo-Agresivo)	52,3	(16,0)	50,1	(18,7)	54,8	(12,0)	1,2	(53,4)
Autodestructiva	45,8	(20,1)	44,6	(21,8)	47,2	(18,4)	0,5	(59)
Esquizotípica	42,7	(23,6)	40,0	(24,8)	45,7	(22,3)	0,9	(59)
Límite	54,6	(17,7)	51,8	(20,4)	57,6	(13,8)	1,3	(54,8)
Paranoide	54,8	(22,0)	52,9	(23,4)	56,9	(20,6)	0,7	(59)
Trastorno ansiedad	61,5	(29,2)	63,1	(29,1)	59,9	(29,7)	0,4	(59)
Trastorno somatoformo	34,8	(22,5)	35,7	(21,4)	33,8	(23,9)	0,3	(59)
Trastorno bipolar	60,8	(19,6)	57,2	(23,2)	64,7	(15,1)	1,5	(51,8)
Trastorno distímico	48,1	(21,9)	49,8	(21,3)	46,2	(22,8)	0,6	(59)
Dependencia alcohol	77,5	(19,7)	81,5	(17,7)	73,2	(21,2)	1,7	(59)
Dependencia sustancias	85,1	(11,7)	84,7	(11,9)	80,4	(11,5)	0,3	(59)
Trastorno estrés postraumático	48,9	(19,8)	49,6	(20,8)	48,1	(18,9)	0,3	(59)
Trastorno del pensamiento	43,4	(25,3)	41,7	(17,9)	45,2	(22,5)	0,5	(59)
Depresión mayor	34,8	(25,6)	35,5	(24,9)	34,1	(26,8)	0,2	(59)
Trastorno delirante	52,9	(28,6)	51,7	(28,4)	54,2	(29,3)	0,3	(59)

No aparecen diferencias entre los dos grupos antes del tratamiento en los componentes de la empatía evaluados mediante el *IRI*, excepto en la variable interés empático, que es mayor en el grupo experimental. Tampoco aparecen diferencias significativas entre ellos en las variables *ira-rasgo* e *ira-estado*, ni en la escala y subescalas de impulsividad (Tabla 40).

Tabla 40. Comparación de otras variables de personalidad entre los dos grupos con conductas violentas antes del tratamiento

	Total (N = 70)		Experimental (n = 34)		Control 1 (n = 36)		<i>t</i> (<i>gl</i> = 68)
	<i>M</i>	(<i>DT</i>)	<i>M</i>	(<i>DT</i>)	<i>M</i>	(<i>DT</i>)	
Índice de Respuesta Interpersonal	47,6	(8,8)	48,5	(9,8)	46,6	(7,8)	0,9
Perspectiva empática	13,1	(5,0)	13,3	(5,4)	12,9	(4,7)	0,4
Interés empático	9,0	(2,5)	9,6	(2,5)	8,4	(2,5)	2,1*
Fantasía empática	13,3	(5,2)	12,4	(5,6)	14,1	(4,7)	1,3
Aflicción personal	12,2	(4,6)	13,1	(4,4)	11,4	(4,6)	1,7
Ira-estado	15,2	(6,4)	14,5	(6,5)	15,8	(6,3)	0,8
Ira-rasgo	22,0	(5,8)	21,5	(5,8)	22,4	(5,9)	0,7
Escala de Impulsividad	61,1	(18,3)	58,6	(17,5)	63,4	(18,9)	1,1
Impulsividad motora	20,8	(7,7)	19,6	(7,0)	21,9	(8,3)	1,2
Impulsividad cognitiva	22,1	(6,6)	21,5	(6,4)	22,6	(6,8)	0,7
Improvisación	18,3	(7,1)	17,5	(7,3)	19,0	(6,9)	0,9
Escala de Inadaptación	21,0	(6,6)	21,6	(6,2)	20,5	(7,0)	0,7
Trabajo	3,4	(1,6)	3,3	(1,5)	3,5	(1,7)	0,7
Social	3,3	(1,4)	3,4	(1,3)	3,2	(1,5)	0,4
Tiempo libre	3,4	(1,3)	3,4	(1,3)	3,3	(1,4)	0,3
Pareja	3,6	(1,6)	3,9	(1,4)	3,3	(1,7)	1,5
Familiar	3,4	(1,3)	3,5	(1,1)	3,2	(1,5)	0,9
Ítem global	3,9	(1,2)	4,1	(1,2)	3,8	(1,1)	1,0

**p* < ,05

Respecto al grado de afectación de distintas áreas de la vida debido al consumo de sustancias, en la *Escala de Inadaptación* no aparecen diferencias significativas entre los dos grupos.

4.3.2. Resultados de la intervención en la evaluación postratamiento

Tras la intervención llevada a cabo con el grupo experimental se evaluaron los dos grupos que antes del tratamiento presentaban violencia hacia la pareja. En concreto, en este apartado se presenta la comparación de los grupos experimental y de control 1 en las variables evaluadas tras dicho tratamiento.

4.3.2.1. Variables referidas a las conductas violentas

Al final del tratamiento no existen diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo de control 1 en los pensamientos distorsionados evaluados mediante los cuestionarios *IPD-M* e *IPD-V* (Tabla 41). Pese a que existe una mayor distorsión tanto en los pensamientos sobre la mujer como sobre el uso de la violencia en el grupo de control 1, esta diferencia carece de significación estadística.

Tabla 41. Comparación de los pensamientos distorsionados tras el tratamiento

	Experimental (n = 32)		Control 1 (n = 29)		<i>t</i> (<i>gl</i> = 59)
	<i>M</i>	(<i>DT</i>)	<i>M</i>	(<i>DT</i>)	
IPD-M	20,1	(5,5)	23,6	(7,7)	1,7
IPD-V	30,0	(6,0)	30,3	(6,2)	0,2

IPD-M = Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer;

IPD-V = Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Violencia

4.3.2.2. Variables psicopatológicas y de personalidad

Todos los síntomas de malestar psicológico puntúan más alto al final del tratamiento en el grupo de control 1 (Tabla 42). Esta diferencia es significativa en el caso de la *ansiedad fóbica*.

La Tabla 43 muestra las puntuaciones de ambos grupos con conductas violentas al inicio del estudio en las demás variables de personalidad estudiadas. Al final del tratamiento el grupo experimental refleja en sus resultados unas puntuaciones más altas en las escalas y subescalas referidas a la empatía. Esta diferencia es significativa respecto del grupo de control 1 tanto en la escala global como en la subescala *aflicción personal*.

Tabla 42. Comparación de los síntomas de malestar psicológico tras el tratamiento (SCL-90-R)

	Experimental (n = 32)		Control 1 (n = 29)		<i>t</i>	<i>(gl)</i>
	<i>M</i>	<i>(DT)</i>	<i>M</i>	<i>(DT)</i>		
GSI	58,3	(31,2)	67,3	(31,4)	1,1	(59)
PSDI	42,4	(29,3)	47,2	(33,1)	0,6	(59)
PST	62,7	(31,1)	73,2	(28,6)	1,4	(59)
Somatización	49,0	(37,5)	53,0	(35,8)	0,4	(59)
Obsesión-compulsión	54,4	(32,8)	65,3	(32,0)	1,3	(59)
Sensibilidad interpersonal	60,5	(31,7)	68,6	(29,5)	1,0	(59)
Depresión	62,3	(29,2)	68,7	(30,4)	0,8	(59)
Ansiedad	50,0	(34,1)	63,6	(29,6)	1,6	(59)
Hostilidad	41,9	(31,7)	44,5	(35,6)	0,3	(59)
Ansiedad fóbica	33,3	(35,3)	52,0	(34,9)	2,1*	(59)
Ideación paranoide	59,3	(32,9)	66,9	(30,2)	0,9	(59)
Psicoticismo	60,2	(37,4)	71,7	(29,2)	1,3	(57,8)

GSI = Índice Global de Gravedad; PSDI = Índice de Distrés de Síntomas Positivos; PST = Total de Sintomatología Positiva.

* $p < ,05$

Tabla 43. Comparación de otras variables de personalidad tras el tratamiento

	Experimental (n = 32)		Control 1 (n = 29)		t	(gl)
	M	(DT)	M	(DT)		
Índice de Respuesta Interpersonal	50,3	(8,8)	45,9	(6,9)	2,2*	(59)
Perspectiva empática	12,5	(4,2)	12,6	(3,4)	0,1	(59)
Interés empático	9,7	(2,3)	9,2	(2,4)	0,9	(59)
Fantasía empática	13,9	(5,0)	12,5	(4,0)	1,2	(59)
Aflicción personal	14,2	(4,3)	11,7	(4,1)	2,3*	(59)
STAXI-estado	11,9	(3,0)	13,8	(6,0)	1,5	(40,3)
STAXI-rasgo	18,8	(4,4)	20,1	(6,6)	0,9	(40,3)
Escala de Impulsividad	51,2	(13,7)	58,7	(17,3)	1,9	(59)
Impulsividad motora	17,2	(6,4)	18,4	(7,5)	0,7	(59)
Impulsividad cognitiva	20,2	(4,7)	22,2	(5,5)	1,5	(59)
Improvisación	13,8	(6,1)	18,1	(8,0)	2,4*	(59)
Escala de Inadaptación	14,6	(7,7)	14,3	(8,1)	0,1	(59)
Trabajo	2,4	(1,7)	2,5	(1,9)	0,3	(59)
Social	2,5	(1,4)	2,3	(1,4)	0,3	(59)
Tiempo libre	2,6	(1,6)	2,4	(1,5)	0,4	(59)
Pareja	2,3	(1,4)	2,2	(1,6)	0,3	(59)
Familiar	2,2	(1,4)	2,2	(1,7)	0,0	(59)
Ítem global	2,7	(1,4)	2,7	(1,7)	0,0	(59)

* $p < ,05$

No aparecen diferencias significativas en las variables *ira-estado* e *ira-rasgo*, aunque ambas presentan valores más altos en el grupo de control 1. Respecto a la impulsividad, existe una puntuación más alta en la subescala *improvisación* en el grupo de control 1. Por último, no existen diferencias tras el tratamiento en las diferentes áreas de la *Escala de Inadaptación*.

4.3.2.3. Variables del tratamiento

La *Encuesta de Satisfacción con el Tratamiento* fue cumplimentada por las 32 personas del grupo experimental que finalizaron el tratamiento para la violencia de pareja. Con un rango de respuestas posibles que oscila entre 8 (valor mínimo) y 32 (valor máximo), la media obtenida es de 28,0, con una desviación típica de 4,3. La distribución de las respuestas se muestra en la Tabla 44.

Según estos resultados, el 96,9% de los sujetos (todos excepto uno) que recibieron el tratamiento evaluaron el mismo con una puntuación por encima del punto medio del rango de respuestas posible, en este caso 21 puntos. La mediana de las puntuaciones es 29, y la moda 31. Todos estos datos reflejan una satisfacción muy alta con el tratamiento.

Tabla 44. Satisfacción con el tratamiento recibido para la violencia hacia la pareja

Puntuación	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
10	1	3,1	3,1
21	1	3,1	6,3
23	1	3,1	9,4
25	2	6,3	15,6
26	3	9,4	25,0
27	4	12,5	37,5
28	2	6,3	43,8
29	5	15,6	59,4
30	3	9,4	68,8
31	6	18,8	87,5
32	4	12,5	100,0
Total	32	100,0	

4.3.3. Resultados de la intervención en la evaluación de seguimiento

En este apartado se comparan en el seguimiento de los 6 meses los dos grupos que presentaban inicialmente conductas violentas. Los resultados, desde el punto de vista estadístico, se han visto limitados por el hecho de que uno de los grupos tiene sólo 19 sujetos. Se comentan a continuación las tendencias observadas en las puntuaciones.

4.3.3.1. Variables referidas a las conductas violentas

En la Tabla 45 se muestran los datos referentes a la existencia de conductas violentas hacia la pareja durante el período de seguimiento. Estos datos, aportados por cada sujeto en la evaluación de seguimiento, indican que aproximadamente en uno de cada cinco casos ha existido violencia de algún tipo hacia la pareja. Se incluyen en los casos con conductas violentas no sólo la violencia física, sino también insultos, faltas de respeto, etc. Aunque el grupo de control 1 puntúa más alto en esta conducta, esta diferencia no es significativa.

Tabla 45. Prevalencia de conductas violentas contra la pareja en los dos grupos con conductas violentas en el seguimiento (informe del paciente)

	Experimental (n = 28)		Control 1 (n = 19)		χ^2 (gl)
	n	(%)	n	(%)	
No conductas violentas	23	(82,1%)	15	(78,9%)	0,1 (1)
Conductas violentas	5	(17,9%)	4	(21,1%)	

Las respuestas a la misma pregunta, pero realizada en este caso al equipo terapéutico que atiende a cada sujeto, arrojan los resultados recogidos en la Tabla 46. Reuniendo en una misma categoría aquellos casos en los que existen indicios o sospechas fundadas y aquellos en los que hay evidencia de la presencia de conductas violentas hacia la pareja, aparecen diferencias significativas entre ambos grupos. La proporción de sujetos sin conductas violentas hacia la pareja en este período es significativamente más alta en el grupo experimental.

Tabla 46. Prevalencia de conductas violentas contra la pareja en los dos grupos con conductas violentas en el seguimiento (informe del equipo terapéutico)

	Experimental (n = 26)		Control 1 (n = 18)		χ^2 (gl)
	n	(%)	n	(%)	
No conductas violentas	17	(65,4%)	6	(33,3%)	4,4* (2)
Conductas violentas (evidencia y/o sospecha fundada)	9	(34,6%)	12	(66,7%)	

* $p < ,05$

Por lo que se refiere a los pensamientos distorsionados tanto sobre la mujer como sobre el uso de la violencia, en la Tabla 47 se observa que, en el seguimiento, no existen diferencias entre los dos grupos.

Tabla 47. Comparación de los pensamientos distorsionados entre los tres grupos en el seguimiento

	Experimental (n = 28)		Control 1 (n = 19)		t (gl = 45)
	M	(DT)	M	(DT)	
IPD-M	20,2	(5,6)	21,2	(6,2)	0,5
IPD-V	29,6	(5,5)	29,5	(6,7)	0,1

IPD-M = Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer;

IPD-V = Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Violencia.

4.3.3.2. Variables psicopatológicas y de personalidad

Los síntomas de malestar psicológico evaluados tras el tratamiento no reflejan diferencias significativas entre ambos grupos (Tabla 48).

Tabla 48. Comparación de los síntomas de malestar psicológico entre los tres grupos en el seguimiento (SCL-90-R)

	Experimental (n = 28)		Control 1 (n = 19)		t	(gl)
	M	(DT)	M	(DT)		
GSI	54,5	(38,7)	63,4	(35,4)	0,8	(45)
PSDI	41,6	(32,4)	37,2	(32,8)	0,5	(45)
PST	57,8	(37,5)	70,9	(32,3)	1,2	(45)
Somatización	52,6	(36,6)	62,4	(28,5)	1,0	(44,1)
Obsesión-compulsión	45,9	(38,4)	59,5	(33,0)	1,3	(45)
Sensibilidad interpersonal	56,8	(30,2)	64,2	(33,9)	0,8	(45)
Depresión	57,1	(37,3)	63,0	(33,5)	0,6	(45)
Ansiedad	48,8	(38,7)	56,6	(34,2)	0,7	(45)
Hostilidad	36,7	(35,5)	49,7	(36,4)	1,2	(45)
Ansiedad fóbica	39,2	(36,2)	48,5	(40,6)	0,8	(45)
Ideación paranoide	59,1	(36,5)	67,7	(30,0)	0,8	(45)
Psicoticismo	64,4	(35,8)	60,7	(40,9)	0,3	(45)

GSI = Índice Global de Gravedad; PSDI = Índice de Distrés de Síntomas Positivos; PST = Total de Sintomatología Positiva

Excepto en la variable *psicoticismo* y en el *Índice de Distrés de Síntomas Positivos*, en todas las variables se dan puntuaciones mayores en el grupo de control 1.

Pese a que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables de personalidad (Tabla 49), se observa cómo el grupo experimental presenta las puntuaciones más altas en la escala global de empatía y en las subescalas de *fantasía empática* y de *aflicción personal*. El grupo de control 1 puntúa más alto en la subescala de *interés empático*.

Por otro lado, el grupo experimental presenta también las puntuaciones más bajas en los niveles de *ira-estado* e *ira-rasgo*.

Tabla 49. Comparación de otras variables de personalidad entre los tres grupos en el seguimiento

	Experimental (n = 28)		Control 1 (n = 19)		<i>t</i> (<i>gl</i> = 45)
	<i>M</i>	(<i>DT</i>)	<i>M</i>	(<i>DT</i>)	
Índice de Respuesta Interpersonal	49,8	(9,1)	46,7	(8,0)	0,9
Perspectiva empática	11,3	(4,1)	11,3	(3,3)	0,2
Interés empático	9,4	(2,1)	9,6	(1,9)	0,3
Fantasía empática	13,9	(5,0)	12,6	(4,5)	0,8
Aflicción personal	15,2	(3,2)	13,3	(4,5)	1,4
Ira-estado	12,4	(5,2)	13,7	(6,2)	0,8
Ira-rasgo	17,7	(4,8)	18,9	(6,6)	0,7
Escala de Impulsividad	49,0	(19,1)	51,7	(15,7)	0,5
Impulsividad motora	15,7	(7,5)	17,1	(7,1)	0,6
Impulsividad cognitiva	18,9	(5,5)	19,0	(3,9)	0,1
Improvisación	14,3	(8,6)	15,6	(6,8)	0,6
Escala de Inadaptación	10,1	(8,5)	12,7	(7,7)	1,1
Trabajo	1,4	(1,6)	2,1	(1,4)	1,6
Social	1,7	(1,6)	1,9	(1,5)	0,4
Tiempo libre	1,7	(1,7)	2,6	(1,5)	1,8
Pareja	2,0	(1,8)	1,8	(1,5)	0,4
Familiar	1,4	(1,3)	1,8	(1,5)	1,0
Ítem global	1,8	(1,7)	2,4	(1,4)	1,3

Las puntuaciones de las escalas referidas a la impulsividad son menores en el grupo experimental, cosa que no ocurría antes del tratamiento (ver Tabla 40).

Por último, la *Escala de Inadaptación* ofrece las puntuaciones más bajas en el grupo experimental, excepto en el área de pareja, donde sigue ofreciendo los valores más altos. Inicialmente (Tabla 40) era el grupo de control 2 el que presentaba las puntuaciones más bajas en dicha escala. Sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa.

4.4. COMPARACIÓN ENTRE LOS TRES GRUPOS EN EL SEGUIMIENTO

En este apartado se comparan los tres grupos de estudio en el momento del seguimiento, a los 6 meses de la finalización de la intervención con el grupo experimental. Se realiza esta comparación con el objetivo de analizar la evolución de los dos grupos con conductas violentas en relación a la experimentada por el grupo de control 2, compuesto por los pacientes “tipo” del dispositivo de tratamiento para la adicción.

Tal como se ha descrito en el apartado de *Procedimiento*, la muestra se ha visto reducida a 101 sujetos. Los resultados, desde el punto de vista estadístico, se han visto limitados por el hecho de que uno de los grupos tiene sólo 19 sujetos. Se comentan a continuación los resultados obtenidos.

4.4.1. Variables referidas a las conductas violentas

En la Tabla 50 se observa que no existen diferencias entre los tres grupos en los pensamientos distorsionados tanto sobre la mujer como sobre el uso de la violencia.

Tabla 50. Comparación de los pensamientos distorsionados entre los tres grupos en el seguimiento

	Total (N = 101)		Experimental (n = 28)		Control 1 (n = 19)		Control 2 (n = 54)		<i>F</i> (gl = 2)	Post hoc
	<i>M</i>	(DT)	<i>M</i>	(DT)	<i>M</i>	(DT)	<i>M</i>	(DT)		
IPD-M	20,1	(5,4)	20,2	(5,6)	21,2	(6,2)	19,8	(5,0)	0,5	--
IPD-V	29,0	(5,4)	29,6	(5,5)	29,5	(6,7)	28,4	(5,0)	0,6	--

IPD-M = Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer;

IPD-V = Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Violencia.

4.4.2. Variables psicopatológicas y de personalidad

Los síntomas de malestar psicológico evaluados tras el tratamiento no reflejan diferencias significativas entre los tres grupos de estudio (Tabla 51).

Excepto en la variable *psicoticismo* y en el *Índice de Distrés de Síntomas Positivos*, en todas las variables las puntuaciones mayores se dan en el grupo de control 1. Las puntuaciones menores corresponden al grupo de control 2, tal como ocurría en la evaluación anterior al tratamiento con el grupo de sujetos sin conductas violentas (ver Tabla 30).

Tabla 51. Comparación de los síntomas de malestar psicológico entre los tres grupos en el seguimiento

	Total (N = 101)		Experimental (n = 28)		Control 1 (n = 19)		Control 2 (n = 54)		<i>F</i> (<i>gl</i> = 2)	Post hoc
	<i>M</i>	(<i>DT</i>)	<i>M</i>	(<i>DT</i>)	<i>M</i>	(<i>DT</i>)	<i>M</i>	(<i>DT</i>)		
SCL-90-R										
GSI	53,9	(38,0)	54,5	(38,7)	63,4	(35,4)	50,2	(38,5)	0,8	--
PSDI	40,2	(32,1)	41,6	(32,4)	37,2	(32,8)	40,5	(32,2)	0,1	--
PST	58,7	(37,4)	57,8	(37,5)	70,9	(32,3)	54,9	(38,6)	1,3	--
Somatización	51,5	(34,7)	52,6	(36,6)	62,4	(28,5)	47,0	(35,4)	1,4	--
Obsesión-compulsión	51,4	(36,1)	45,9	(38,4)	59,5	(33,0)	51,5	(36,1)	0,8	--
Sensibilidad interpersonal	56,0	(35,5)	56,8	(30,2)	64,2	(33,9)	52,6	(38,5)	0,7	--
Depresión	54,3	(36,1)	57,1	(37,3)	63,0	(33,5)	49,9	(36,3)	1,0	--
Ansiedad	49,9	(35,9)	48,8	(38,7)	56,6	(34,2)	48,1	(35,4)	0,4	--
Hostilidad	38,9	(34,5)	36,7	(35,5)	49,7	(36,4)	36,1	(33,2)	1,2	--
Ansiedad fóbica	43,1	(39,3)	39,2	(36,2)	48,5	(40,6)	43,2	(40,8)	0,3	--
Ideación paranoide	58,7	(34,5)	59,1	(36,5)	67,7	(30,0)	55,3	(34,9)	0,9	--
Psicoticismo	58,1	(38,9)	64,4	(35,8)	60,7	(40,9)	53,9	(39,8)	0,7	--

GSI = Índice Global de Gravedad; PSDI = Índice de Distrés de Síntomas Positivos; PST = Total de Sintomatología Positiva.

No existen diferencias estadísticamente significativas en la capacidad empática (Tabla 52). No obstante, se observa cómo el grupo experimental presenta las puntuaciones más altas en la escala global y en dos de las subescalas de la empatía.

Los niveles de *ira-estado* e *ira-rasgo* son más bajos en el grupo experimental; cabe recordar que antes del tratamiento las puntuaciones más bajas en *ira-estado* e *ira-rasgo* correspondían al grupo de control 2 (ver Tabla 40).

Tabla 52. Comparación de otras variables de personalidad entre los tres grupos en el seguimiento

	Total (N = 101)		Experimental (n = 28)		Control 1 (n = 19)		Control 2 (n = 54)		<i>F</i> (<i>gl</i> = 2)	Post hoc
	<i>M</i>	(<i>DT</i>)	<i>M</i>	(<i>DT</i>)	<i>M</i>	(<i>DT</i>)	<i>M</i>	(<i>DT</i>)		
Índice de Respuesta Interpersonal	47,4	(10,5)	49,8	(9,1)	46,7	(8,0)	46,3	(11,9)	1,0	--
Perspectiva empática	11,3	(4,1)	11,3	(4,1)	11,3	(3,3)	11,3	(4,5)	0	--
Interés empático	9,5	(2,3)	9,4	(2,1)	9,6	(1,9)	9,5	(2,5)	0	--
Fantasia empática	13,4	(5,0)	13,9	(5,0)	12,6	(4,5)	13,5	(5,3)	0,3	--
Aflicción personal	13,9	(4,8)	15,2	(3,2)	13,3	(4,5)	13,4	(5,5)	1,4	--
STAXI-estado	12,9	(5,7)	12,4	(5,2)	13,7	(6,2)	12,9	(5,8)	0,3	--
STAXI-rasgo	18,4	(5,4)	17,7	(4,8)	18,9	(6,6)	18,5	(5,2)	0,3	--
Escala de Impulsividad	52,7	(17,9)	49,0	(19,1)	51,7	(15,7)	55,1	(18,0)	1,1	--
Impulsividad motora	17,4	(7,3)	15,7	(7,5)	17,1	(7,1)	18,4	(7,3)	1,2	--
Impulsividad cognitiva	19,8	(5,5)	18,9	(5,5)	19,0	(3,9)	20,5	(6,1)	1,0	--
Improvisación	15,6	(17,9)	14,3	(8,6)	15,6	(6,8)	16,2	(7,2)	0,6	--
Escala de Inadaptación	10,7	(8,1)	10,1	(8,5)	12,7	(7,7)	10,2	(8,1)	0,7	--
Trabajo	1,6	(1,6)	1,4	(1,6)	2,1	(1,4)	1,6	(1,7)	1,3	--
Social	1,8	(1,6)	1,7	(1,6)	1,9	(1,5)	1,8	(1,6)	0,1	--
Tiempo libre	1,9	(1,6)	1,7	(1,7)	2,6	(1,5)	1,6	(1,5)	3,0*	C1 > C2*
Pareja	1,8	(1,7)	2,0	(1,8)	1,8	(1,5)	1,7	(1,7)	0,3	--
Familiar	1,6	(1,5)	1,4	(1,3)	1,8	(1,5)	1,7	(1,6)	0,4	--
Ítem global	2,0	(1,6)	1,8	(1,7)	2,4	(1,4)	2,0	(1,7)	0,8	--

C1 = Grupo de control 1; C2 = Grupo de control 2

**p* < ,05

Las puntuaciones de todas las escalas y subescalas referidas a la impulsividad son menores en el grupo experimental, cosa que no ocurría antes del tratamiento (ver Tabla 40).

Por último, la *Escala de Inadaptación* ofrece las puntuaciones más bajas en el grupo experimental, excepto en el área de pareja, donde sigue ofreciendo los valores más altos. Inicialmente (Tabla 40) era el grupo de control 2 el que presentaba las puntuaciones más bajas en dicha *Escala de Inadaptación*.

En resumen, y según estos resultados, transcurridos 6 meses tras la finalización del tratamiento para la violencia hacia la pareja, el grupo experimental es el que menores niveles de ira, impulsividad y afectación de las áreas de la vida cotidiana tiene, en comparación con los grupos de control 1 y 2. Sólo el área referida a la pareja sigue estando más afectada en dicho grupo experimental que en los otros dos grupos.

4.5. ANÁLISIS DE MEDIDAS REPETIDAS EN LOS TRES GRUPOS

En este apartado se presenta la evolución de todas las variables estudiadas a lo largo de los momentos en que han sido medidas, en los tres grupos de estudio. En los grupos experimental y de control 1 existen tres medidas para cada variable (pretratamiento, postratamiento y seguimiento), mientras que el grupo de control 2 ha sido evaluado en dos momentos (antes del tratamiento y en el seguimiento).

4.5.1. Variables referidas a las conductas violentas

En la Tabla 53 se presenta la evolución en los pensamientos distorsionados en relación con las conductas violentas en la pareja. Aunque los tres grupos mejoran en cuanto a los pensamientos distorsionados sobre el rol de la mujer, sólo existe un cambio estadísticamente significativo en el grupo experimental. Tanto al finalizar el tratamiento como en el seguimiento existe una disminución significativa en dichos pensamientos.

Respecto a los pensamientos distorsionados sobre el uso de la violencia para resolver los conflictos, aunque los tres grupos disminuyen sus puntuaciones a lo largo de los tres momentos, existe una disminución significativa entre el pretratamiento y el seguimiento en los grupos experimental y de control 2.

Tabla 53. Pensamientos distorsionados en pre-post-seguimiento

		Pretratam.		Postratam.		Seguim.			Pre- Post	Pre- Seg	Post -Seg
	Grupo	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)	F	t	t	t
IPD-M	Experimental	22,7	(5,2)	20,1	(5,5)	20,2	(5,6)	4,0*	2,3*	2,9**	1,0
	Control 1	24,3	(5,0)	23,6	(7,7)	21,2	(6,2)	0,9	0,3	1,2	1,1
	Control 2	21,4	(5,4)			19,8	(5,0)			1,3	
IPD-V	Experimental	31,7	(6,8)	30,0	(6,0)	29,6	(5,5)	3,3*	1,7	2,5*	0,7
	Control 1	31,4	(6,3)	30,3	(6,2)	29,5	(6,7)	0	0,7	0,5	0,1
	Control 2	31,0	(6,4)			28,4	(5,0)			2,6*	

IPD-M = Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer;

IPD-V = Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Violencia.

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

Tal como se aprecia en la Figura 3, el grupo experimental es el que más mejora en los pensamientos distorsionados sobre la mujer al finalizar el tratamiento. En el seguimiento realizado presenta puntuaciones parecidas al grupo de control 2. El grupo de control 1, que antes del tratamiento ya presentaba las mayores puntuaciones, destaca en el seguimiento por mantener las puntuaciones más altas.

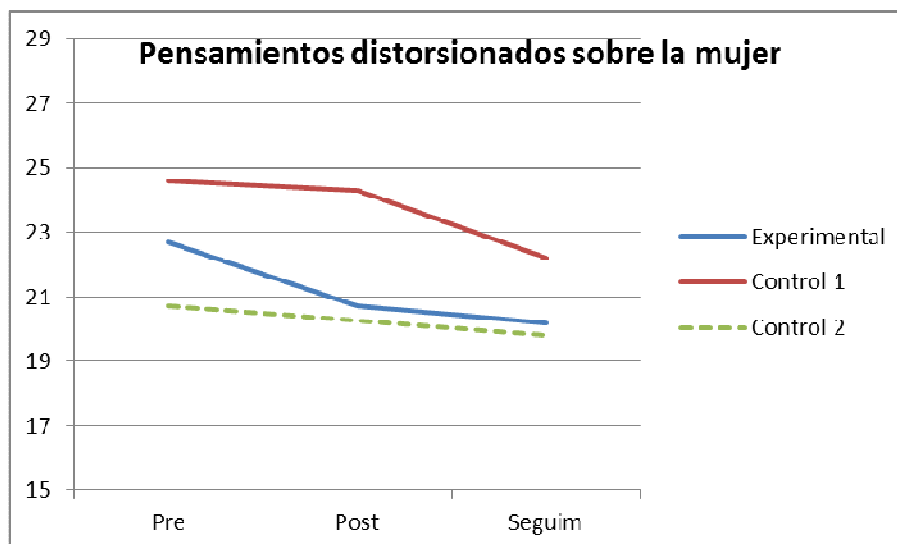


Figura 3. Evolución de los pensamientos distorsionados sobre la mujer (IPD-M)

Los pensamientos distorsionados sobre la violencia presentaban inicialmente los valores más altos en el grupo experimental. Al finalizar el tratamiento dicho grupo puntúa por debajo del grupo de control 1. En el seguimiento ambos grupos igualan su puntuación (Figura 4). Aunque el que más mejora es el grupo experimental, las mejoras en esta variable son muy pequeñas en los tres grupos.

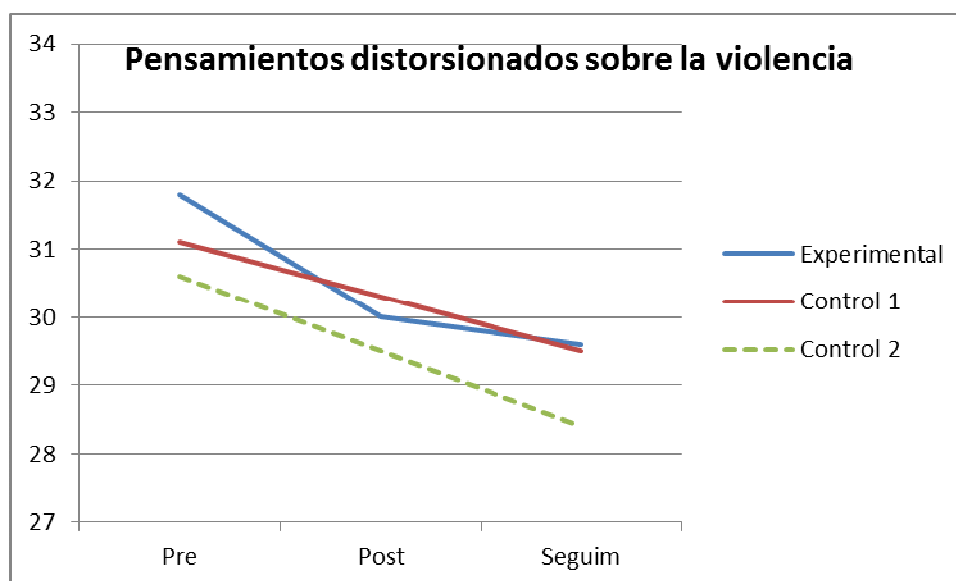


Figura 4. Evolución de los pensamientos distorsionados sobre la violencia (IPD-V)

4.5.2. Variables psicopatológicas y de personalidad

Tal como se muestra en la Tabla 54, los síntomas de malestar psicológico evaluados mediante el *SCL-90-R* han experimentado un cambio estadísticamente significativo en la mayor parte de las variables.

En los tres grupos todas las variables estudiadas tienen valores menores en el momento del seguimiento que en el pretratamiento, lo cual indica una disminución en los síntomas de malestar. En todas las variables, excepto en *ansiedad fóbica*, aparecen diferencias estadísticamente significativas en todos o alguno de los grupos.

Así pues, existe una mejora significativa en los tres grupos en los síntomas de *somatización* (excepto en el grupo de control 2), *obsesión-compulsión*, *sensibilidad interpersonal*, *depresión*, *ansiedad*, *hostilidad*, *ideación paranoide* y *psicoticismo*, así como en el *Índice Global de Severidad*, en el *Índice de Distrés de Síntomas Positivos* (sólo el grupo de control 1) y en el *Total de Sintomatología Positiva*.

El *Índice Global de Severidad*, que refleja la gravedad global de los síntomas presentados, disminuye en los tres grupos, manteniéndose más alto en el grupo de control 1 en los tres momentos. El *Índice de Distrés de Síntomas Positivos*, que indica la intensidad de los síntomas presentes, experimenta un mayor descenso en el grupo de control 1. Los tres grupos terminan con valores muy similares en el seguimiento. Por último, el *Total de Sintomatología Positiva*, que recoge el número de ítems contestados con una puntuación distinta de 0, también se mantiene más alto en el grupo de control 1, de un modo similar al *Índice Global de Severidad* (Figura 5).

Tabla 54. Síntomas de malestar psicológico en pre-post-seguimiento (SCL-90-R)

		Pretratamiento		Postratamiento		Seguimiento			Pre- Post	Pre- Seg	Post -Seg
	Grupo	M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)	F	t	t	t
GSI	Experimental	72,4	(30,1)	58,3	(31,2)	54,5	(38,7)	3,6*	2,5*	2,5*	0,9
	Control 1	80,0	(25,0)	67,3	(31,4)	63,4	(35,4)	3,9*	2,2*	2,8*	0,5
	Control 2	64,8	(33,6)			50,2	(38,5)			3,6***	
PSDI	Experimental	48,5	(29,6)	42,4	(29,3)	41,6	(32,4)	0,4	0,9	0,9	0,4
	Control 1	60,3	(31,9)	47,2	(33,1)	37,2	(32,8)	3,7*	1,5	2,0	2,2*
	Control 2	46,4	(29,2)			40,5	(32,2)			1,9	
PST	Experimental	76,0	(28,7)	62,7	(31,1)	57,8	(37,5)	5,0*	2,4*	2,9**	1,0
	Control 1	82,4	(21,7)	73,2	(28,6)	70,9	(32,3)	3,7*	1,7	2,2*	0,0
	Control 2	46,4	(31,6)			54,9	(38,6)			3,7***	
Somatización	Experimental	63,0	(30,5)	49,0	(37,5)	52,6	(36,6)	3,6*	2,5*	1,8	0,9
	Control 1	68,0	(28,9)	53,0	(35,8)	62,4	(28,5)	0,7	1,9	0,7	1,0
	Control 2	59,9	(32,8)			47,0	(35,4)			3,1**	
Obsesión-compulsión	Experimental	63,9	(31,5)	54,4	(32,8)	45,9	(38,4)	4,8*	1,7	3,1**	1,6
	Control 1	72,0	(28,7)	65,3	(32,0)	59,5	(33,0)	6,1*	1,3	3,5**	0,4
	Control 2	61,1	(34,2)			51,5	(36,1)			2,8**	
Sensibilidad interpersonal	Experimental	71,9	(30,0)	60,5	(31,7)	56,8	(30,2)	4,9*	2,0*	2,2*	0,9
	Control 1	76,8	(28,1)	68,6	(29,5)	64,2	(33,9)	5,9*	1,6	3,4**	0,1
	Control 2	63,2	(32,1)			52,6	(38,5)			2,5*	
Depresión	Experimental	71,6	(28,3)	62,3	(29,2)	57,1	(37,3)	4,6*	1,4	2,1*	1,1
	Control 1	77,2	(24,8)	68,7	(30,4)	63,0	(33,5)	3,7*	1,8	2,7*	1,1
	Control 2	62,5	(32,7)			49,9	(36,3)			3,2**	

Ansiedad	Experimental	65,2	(32,5)	50,0	(34,1)	48,8	(38,7)	4,5*	2,3*	2,1*	0,6
	Control 1	76,8	(29,1)	63,6	(29,6)	56,6	(34,2)	6,4*	2,0*	2,5*	0,6
	Control 2	59,8	(33,6)			48,1	(35,4)			3,0**	
Hostilidad	Experimental	57,1	(28,4)	41,9	(31,7)	36,7	(35,5)	5,9**	2,9*	3,1**	0,7
	Control 1	63,8	(35,4)	44,5	(35,6)	49,7	(36,4)	4,5*	2,9*	2,4*	0,7
	Control 2	48,7	(33,4)			36,1	(33,2)			2,6*	
Ansiedad fóbica	Experimental	45,9	(39,5)	33,3	(35,3)	39,2	(36,2)	0,6	1,6	0,3	0,8
	Control 1	61,2	(38,1)	52,0	(34,9)	48,5	(40,6)	0,3	1,5	0,7	0,5
	Control 2	51,2	(39,1)			43,2	(40,8)			1,7	
Ideación paranoide	Experimental	71,8	(31,4)	59,3	(32,9)	59,1	(36,5)	3,6*	2,1*	1,7	0,1
	Control 1	74,4	(31,5)	66,9	(30,2)	67,7	(30,0)	5,8*	1,5	2,4*	0,2
	Control 2	63,2	(32,6)			55,3	(34,9)			2,6*	
Psicoticismo	Experimental	73,6	(27,9)	60,2	(37,4)	64,4	(35,8)	1,1	2,1*	1,0	0,3
	Control 1	80,4	(19,2)	71,7	(29,2)	60,7	(40,9)	3,3	1,9	2,9*	1,1
	Control 2	66,4	(33,7)			53,9	(39,8)			3,0**	

GSI = Índice Global de Gravedad; PSDI = Índice de Distrés de Síntomas Positivos;
PST = Total de Sintomatología Positiva.

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

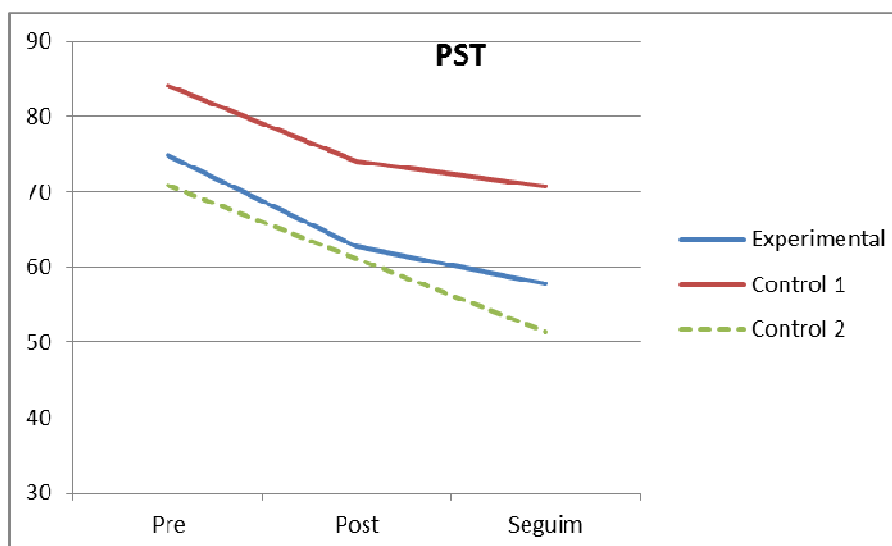
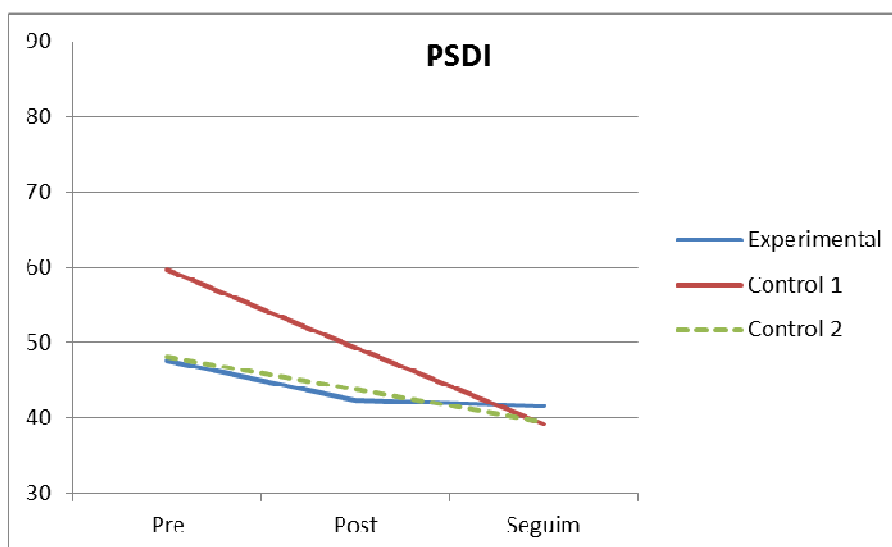
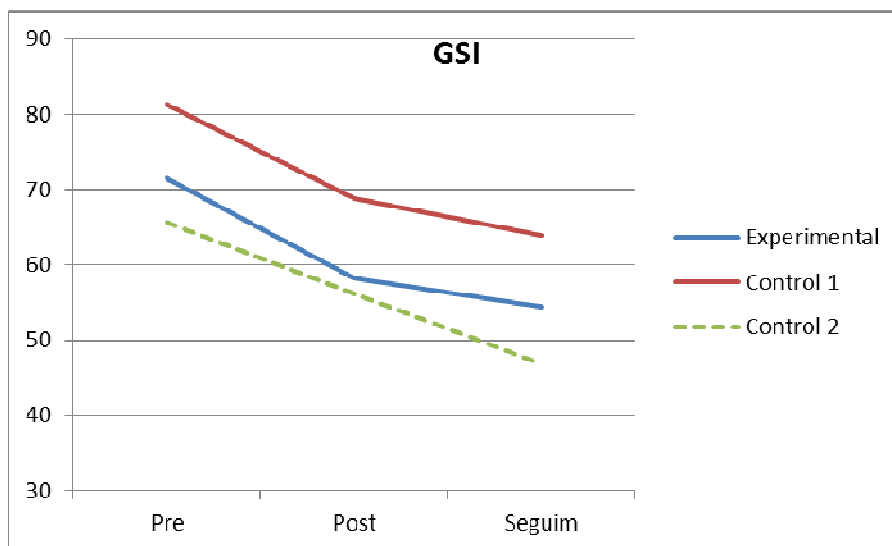


Figura 5. Evolución de los índices de gravedad de los síntomas de malestar psicológico (SCL-90-R)

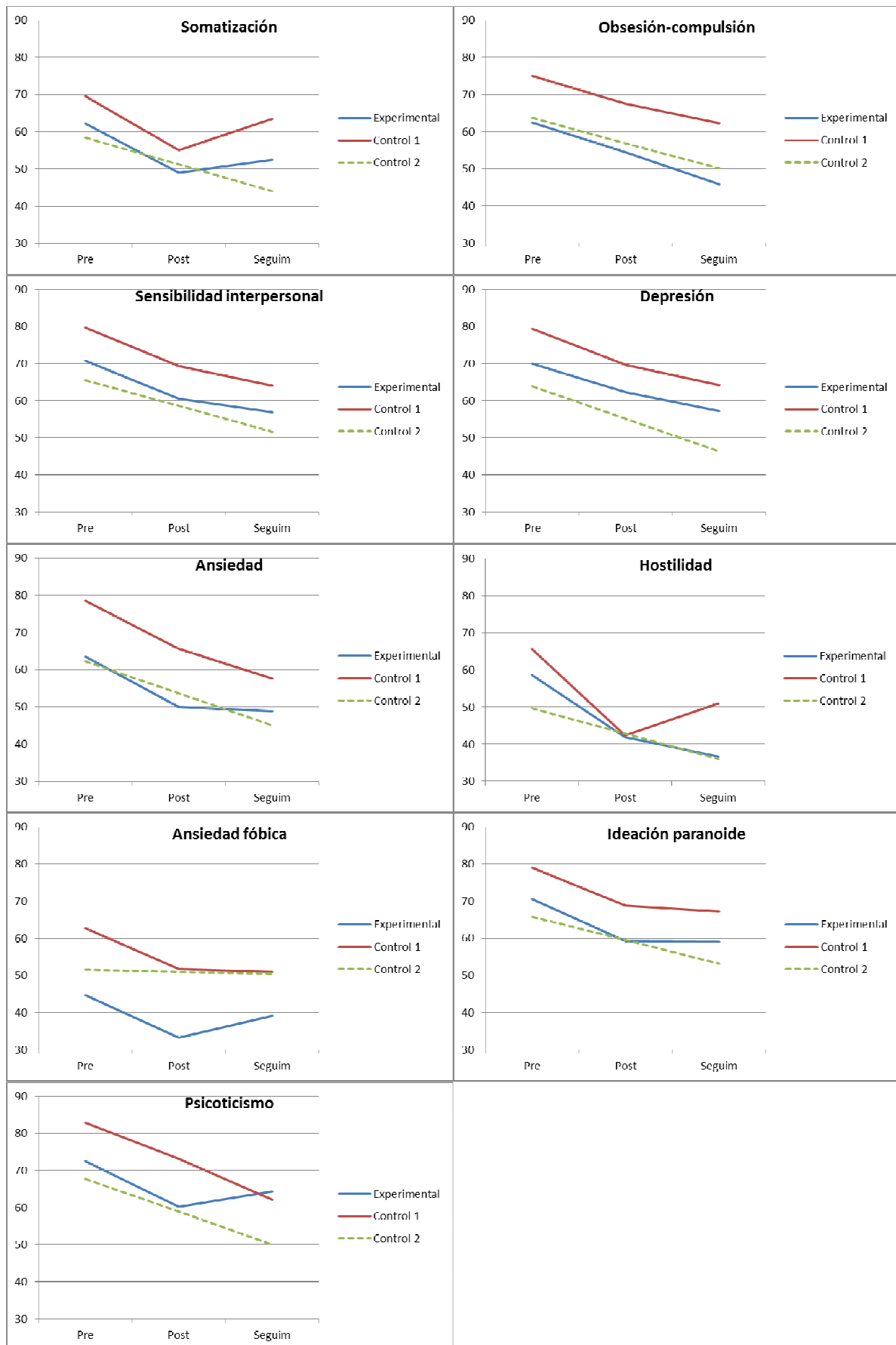


Figura 6. Evolución de las dimensiones de los síntomas de malestar psicológico (SCL-90-R)

En la Figura 6 se muestra la evolución en las distintas dimensiones estudiadas. El grupo de control 1 obtiene en todas ellas los valores mayores en las tres medidas, excepto en la de seguimiento de *psicoticismo*. El grupo de control 2 presenta los valores más bajos en todas las dimensiones excepto en la ansiedad fóbica y en la obsesión-compulsión, que tienen menores puntuaciones en el grupo experimental tanto antes del tratamiento como en el seguimiento.

En la Tabla 55 se presentan las variables relacionadas con la empatía. Existen diferencias significativas entre los tres momentos de medida en el grupo experimental en las variables *perspectiva empática* y *aflicción personal*. En el resto de variables de dicho grupo y en todas las variables de los otros dos grupos no hay diferencias significativas.

Las medidas de empatía global, reflejadas en la *IRI total*, aumentan ligeramente en los tres grupos en el seguimiento respecto de la medida inicial, aunque estos cambios no son significativos en ninguno de ellos. El grupo experimental obtiene en los tres momentos las mayores puntuaciones de empatía global.

Tabla 55. Índice de respuesta interpersonal en pre-post-seguimiento (IRI)

	Grupo	Pretratamiento		Postratamiento		Seguimiento		F	Pre-Post	Pre-Seg	Post-Seg
		M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)		t	t	t
IRI total	Experimental	48,5	(9,8)	50,3	(8,8)	49,8	(9,1)	0,3	0,8	0,6	0,8
	Control 1	46,6	(7,8)	45,9	(6,9)	46,7	(8,0)	1,8	0,5	0,1	0,9
	Control 2	47,5	(10,6)			46,3	(11,9)			0,9	
Perspectiva empática	Experimental	13,3	(5,4)	12,5	(4,2)	11,3	(4,1)	3,6*	1,4	2,3*	1,4
	Control 1	12,9	(4,7)	12,6	(3,4)	11,3	(3,3)	1,1	0,2	0,8	1,6
	Control 2	11,9	(4,8)			11,3	(4,5)			0,3	
Interés empático	Experimental	9,6	(2,5)	9,7	(2,3)	9,4	(2,1)	0,1	0	0,3	0
	Control 1	8,4	(2,5)	9,2	(2,4)	9,6	(1,9)	0,4	1,9	1,0	0,7
	Control 2	9,2	(2,6)			9,5	(2,5)			1,0	
Fantasía empática	Experimental	12,4	(5,6)	13,9	(5,0)	13,9	(5,0)	1,6	1,6	1,8	0,8
	Control 1	14,1	(4,7)	12,5	(4,0)	12,6	(4,5)	3,5	1,8	1,5	0,5
	Control 2	14,1	(5,3)			13,5	(5,3)			1,6	
Aflicción personal	Experimental	13,1	(4,4)	14,2	(4,3)	15,2	(3,2)	4,1*	1,8	2,9**	2,1*
	Control 1	11,4	(4,6)	11,7	(4,1)	13,3	(4,5)	2,1	0,2	1,6	2,0
	Control 2	12,3	(4,7)			13,4	(5,5)			1,7	

IRI = Índice de Respuesta Interpersonal

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

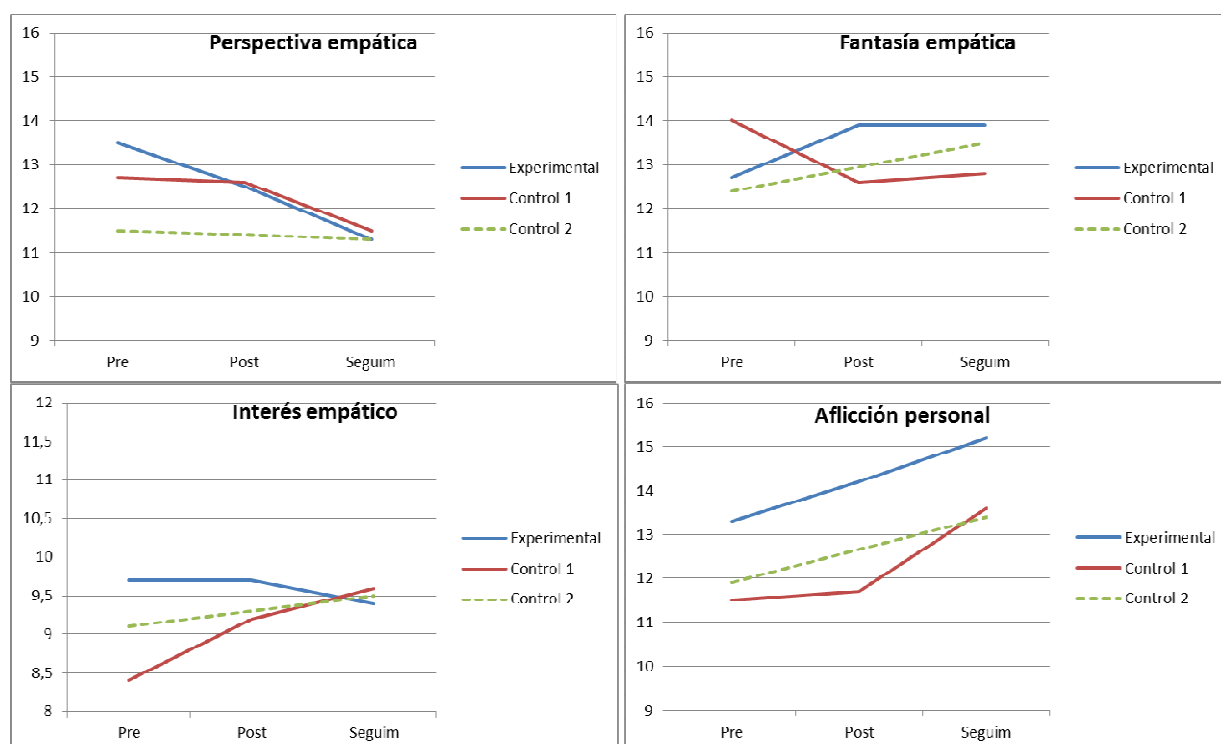
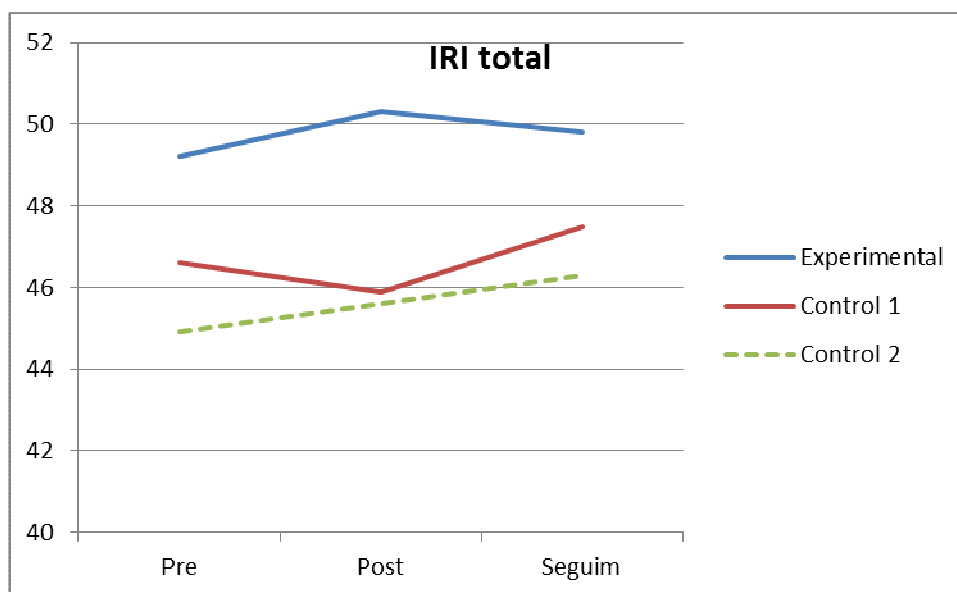


Figura 7. Evolución de la empatía (IRI)

Por otro lado, en las subescalas *perspectiva empática* e *interés empático* las puntuaciones son mayores en el grupo experimental en el pretratamiento y en el grupo de control 1 en el seguimiento. En las variables *fantasía empática* y *aflicción personal* el grupo experimental obtiene las puntuaciones más altas en el seguimiento (

Figura 7).

En la Tabla 56 se presentan las puntuaciones en la *ira-estado* y en la *ira-rasgo* a lo largo del estudio. Por un lado, existe una disminución significativa en las puntuaciones de *ira-estado* en el grupo experimental al finalizar el tratamiento y en el seguimiento, respecto de dichas puntuaciones antes del tratamiento. Lo mismo ocurre en el grupo de control 2, cuya *ira-estado* ha disminuido significativamente en el seguimiento. Sin embargo, en el grupo de control 1 la disminución no es significativa.

Por otro lado, la *ira-rasgo* presenta una disminución significativa en el grupo experimental entre la medida inicial y las dos medidas posteriores al tratamiento. En los dos grupos de control no existe significación estadística al comparar dicha variable en los diferentes momentos de medida.

La Figura 8 muestra la evolución de la ira en los tres grupos. Todos ellos disminuyen sus niveles de *ira-estado* en el seguimiento, respecto de la medida pretratamiento. El grupo experimental obtiene en el seguimiento las puntuaciones más bajas, mientras que en el pretratamiento es el grupo de control 2 el que presenta menores puntuaciones de *ira-estado*. El grupo de control 1 obtiene las puntuaciones más altas en las 3 medidas efectuadas.

Tabla 56. Ira en pre-post-seguimiento (STAXI)

Variable	Grupo	Pretratamiento		Postratamiento		Seguimiento		F	Pre-Post	Pre-Seg	Post-Seg
		M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)		t	t	t
Ira-estado	Experimental	14,5	(6,5)	11,9	(3,0)	12,4	(5,2)	4,1*	2,3*	2,1*	0,5
	Control 1	15,8	(6,3)	13,8	(6,0)	13,7	(6,2)	2,1	1,1	1,1	1,2
	Control 2	13,9	(5,6)			12,9	(5,8)			2,1*	
Ira-rasgo	Experimental	21,5	(5,8)	18,8	(4,4)	17,7	(4,8)	5,5*	2,9**	3,5**	1,2
	Control 1	22,4	(5,9)	20,1	(6,6)	18,9	(6,6)	0,4	1,7	1,5	0,2
	Control 2	19,2	(5,4)			18,5	(5,2)			1,5	

* $p < .05$; ** $p < .01$

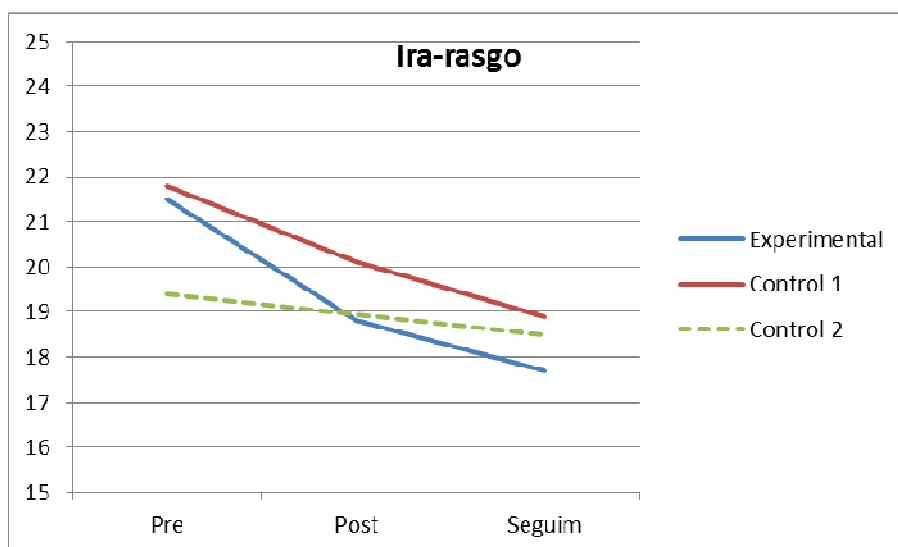
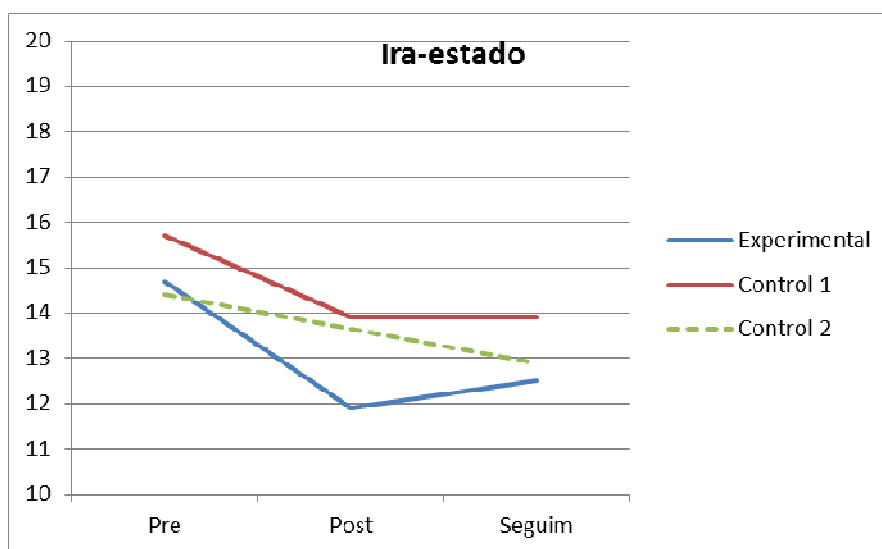


Figura 8. Evolución de la ira (STAXI)

El grupo experimental es el que mayores cambios muestra en la *ira-rasgo*. Inicialmente puntúa prácticamente como el grupo de control 1, por encima del grupo de control 2, mientras que en el seguimiento es el que obtiene puntuaciones más bajas.

En la Tabla 57 se muestran los resultados de la escala y las subescalas de impulsividad evaluadas mediante el *BIS-10*. En la escala global de impulsividad se da una mejoría tanto en el grupo experimental como en el de control 1, y no así en el de control 2. Mientras que la disminución de esta variable en el grupo experimental es significativa en los períodos pretratamiento-postratamiento y pretratamiento-seguimiento, en el grupo de control 1 lo es en el período transcurrido entre el final del tratamiento y el seguimiento.

En todas las subescalas se aprecia una disminución significativa entre el pretratamiento y el seguimiento en los grupos experimental y de control 1, y sin embargo un mantenimiento o ligero aumento en el grupo de control 2.

La Figura 9 refleja cómo tanto en el grupo experimental como en el de control 1 disminuye la *impulsividad total* a lo largo de las tres medidas. En ambos grupos ésta es mayor que la del grupo de control 2 en el pretratamiento y menor en el seguimiento. Pese a que los grupos experimental y de control 1 obtienen la misma puntuación media en el seguimiento, el grupo de control 1 es el que mayor disminución obtiene, ya que inicialmente era el que más alto puntuaba en esta variable.

Lo mismo ocurre con las subescalas *impulsividad motora*, *impulsividad cognitiva* e *improvisación*, en las que los dos grupos con conductas violentas mejoran en sus puntuaciones, siendo todas las medidas mayores en el grupo de control 1 que en el experimental.

Tabla 57. Impulsividad en pre-post-seguimiento (BIS-10)

Variable	Grupo	Pretratamiento		Postratamiento		Seguimiento		F	Pre-Post	Pre-Seg	Post-Seg
		M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)		t	t	t
Impulsividad total	Experimental	58,6	(17,5)	51,2	(13,7)	49,0	(19,1)	7,8**	3,6**	3,9**	1,3
	Control 1	63,4	(18,9)	58,7	(17,3)	51,7	(15,7)	9,4*	1,8	3	3,1**
	Control 2	55,8	(16,2)			55,1	(18,0)			0,1	
Impulsividad motora	Experimental	19,6	(7,0)	17,2	(6,4)	15,7	(7,5)	4,0*	2,4*	2,8**	1,5
	Control 1	21,9	(8,3)	18,4	(7,5)	17,1	(7,1)	4,3*	3,4**	2,7*	1,1
	Control 2	17,5	(8,0)			18,4	(7,3)			0,6	
Impulsividad cognitiva	Experimental	21,5	(6,4)	20,2	(4,7)	18,9	(5,5)	5,6*	1,4	2,4*	1,6
	Control 1	22,6	(6,8)	22,2	(5,5)	19,0	(3,9)	3,7*	-0,3	2,2*	2,6*
	Control 2	20,8	(5,7)			20,5	(6,1)			0,4	
Improvisación	Experimental	17,5	(7,3)	13,8	(6,1)	14,3	(8,6)	12,8***	4,6***	4,0***	-0,3
	Control 1	19,0	(6,9)	18,1	(8,0)	15,6	(6,8)	5,5*	0,7	2,3*	2,5*
	Control 2	17,5	(6,5)			16,2	(7,2)			0,6	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

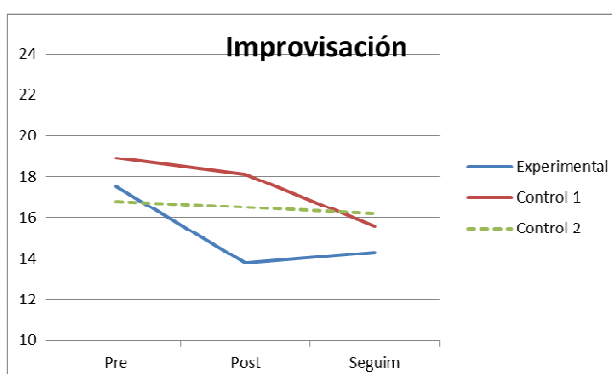
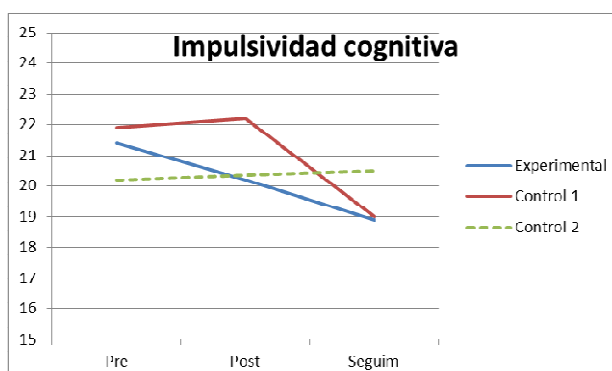
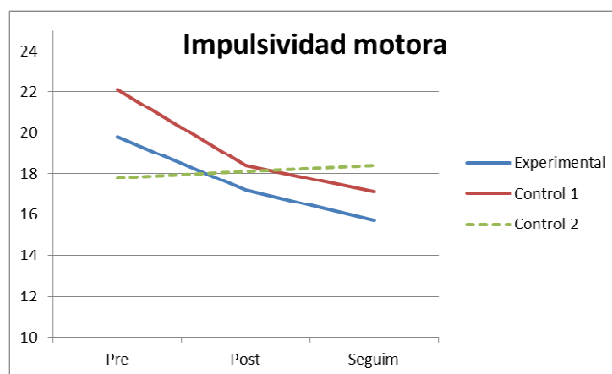
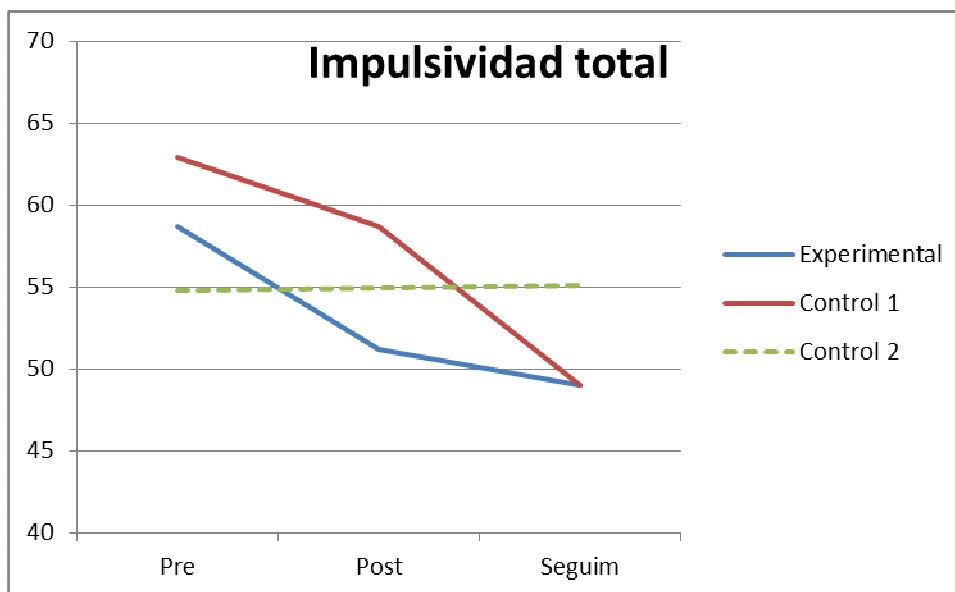


Figura 9. Evolución de la impulsividad (BIS-10)

En la Tabla 58 se presentan los resultados de la *Escala de Inadaptación*. Los tres grupos obtienen una puntuación significativamente más baja en la medida del seguimiento, tanto en la *escala global de inadaptación* como en cada una de sus áreas. Cabe destacar que el grupo experimental, a diferencia del de control 1, presenta mejorías significativas entre el final del tratamiento y el seguimiento en todas las áreas excepto en la de pareja, reflejando así una disminución significativa en el grado de afectación de las diferentes áreas en ese período.

La Figura 10 muestra cómo el grupo experimental muestra en todas las áreas una mejoría gradual en la inadaptación. Por su parte, el grupo de control 1 experimenta una mejoría en todas ellas en la medida postratamiento, pero dicha mejoría no progresa en el seguimiento, e incluso empeora entre ambos momentos, en el área de *tiempo libre*.

Tanto en la *inadaptación total* como en las escalas de *inadaptación familiar*, *trabajo/estudios* e *ítem de inadaptación global*, el grupo experimental obtiene las mayores puntuaciones de los tres grupos en la medida pretratamiento y las menores en la de seguimiento, reflejando la mayor disminución en la inadaptación de los tres grupos estudiados.

En el área de *pareja*, el grupo experimental muestra las mayores puntuaciones en los tres momentos. Pese a ello, es el grupo que mayor mejoría ha obtenido en esta subescala. En cualquier caso, los tres grupos disminuyen su grado de afectación en esta área.

Tabla 58. Inadaptación en pre-post-seguimiento (Escala de Inadaptación)

Variable	Grupo	Pretratamiento		Postratamiento		Seguimiento		F	Pre-Post	Pre-Seg	Post-Seg
		M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)		t	t	t
Inadaptación total	Experimental	21,6	(6,2)	14,6	(7,7)	10,1	(8,5)	24,6***	4,6***	6,7***	2,5*
	Control 1	20,5	(7,0)	14,3	(8,1)	12,7	(7,7)	11,9**	3,5**	4,5***	0,1
	Control 2	18,7	(7,6)			10,2	(8,1)			6,5***	
Trabajo	Experimental	3,3	(1,5)	2,4	(1,7)	1,4	(1,6)	12,5***	2,5*	5,0***	2,4*
	Control 1	3,5	(1,7)	2,5	(1,9)	2,1	(1,4)	9,3**	1,9	4,8***	0
	Control 2	2,8	(1,8)			1,6	(1,7)			4,4***	
Vida social	Experimental	3,4	(1,3)	2,5	(1,4)	1,7	(1,6)	13,0***	3,2**	5,1***	2,1*
	Control 1	3,2	(1,5)	2,3	(1,4)	1,9	(1,5)	12,2**	2,2*	4,5***	0,4
	Control 2	3,1	(1,6)			1,8	(1,6)			4,6***	
Tiempo libre	Experimental	3,4	(1,3)	2,6	(1,6)	1,7	(1,7)	15,7***	2,8**	5,7***	2,3*
	Control 1	3,3	(1,4)	2,4	(1,5)	2,6	(1,5)	8,5**	3,1**	3,0**	-2,0
	Control 2	3,1	(1,6)			1,6	(1,5)			5,5***	
Pareja	Experimental	3,9	(1,4)	2,3	(1,4)	2,0	(1,8)	20,3***	4,9***	5,1***	0,6
	Control 1	3,3	(1,7)	2,2	(1,6)	1,8	(1,5)	4,2*	2,8**	3,1**	1,3
	Control 2	3,0	(1,7)			1,7	(1,7)			5,1***	
Familiar	Experimental	3,5	(1,1)	2,2	(1,4)	1,4	(1,3)	20,6***	4,7***	6,4***	2,2*
	Control 1	3,2	(1,5)	2,2	(1,7)	1,8	(1,5)	4,6*	2,7*	2,9**	0,1
	Control 2	3,2	(1,5)			1,7	(1,6)			5,4***	
Item global	Experimental	4,1	(1,2)	2,7	(1,4)	1,8	(1,7)	27,0***	5,0***	7,2***	2,4*
	Control 1	3,8	(1,1)	2,7	(1,7)	2,4	(1,4)	7,3**	3,6**	3,3**	-0,3
	Control 2	3,6	(1,3)			2,0	(1,7)			6,4***	

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

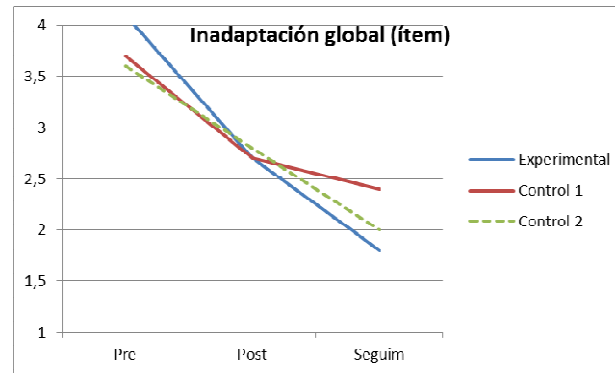
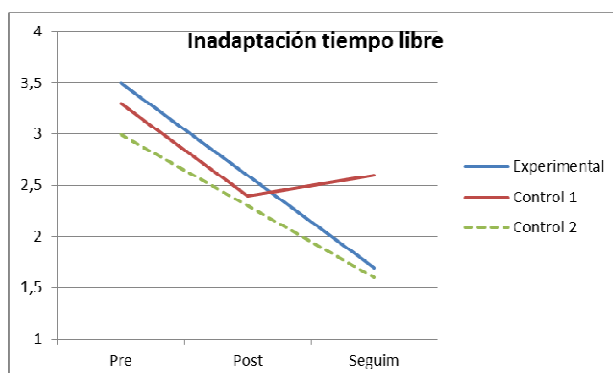
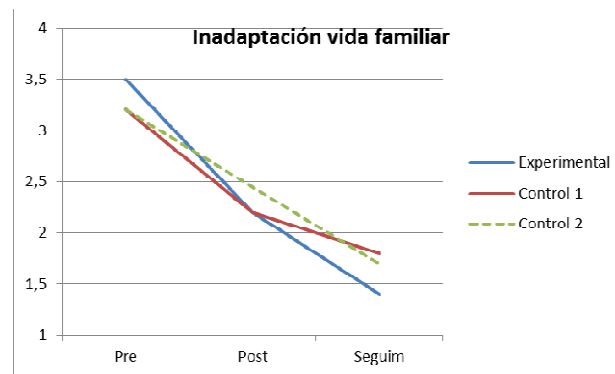
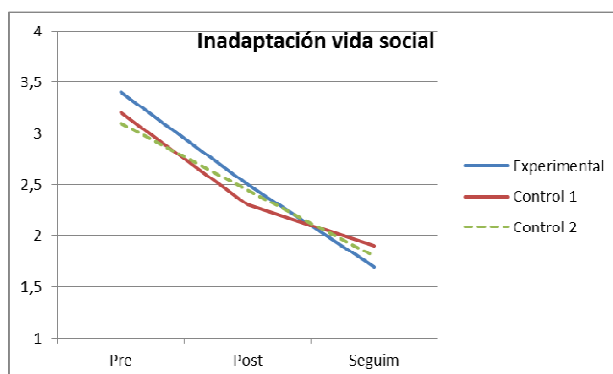
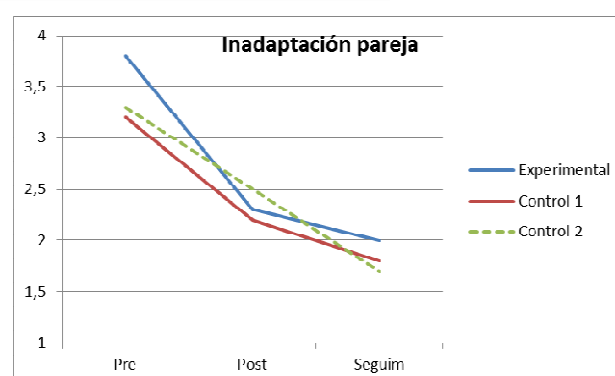
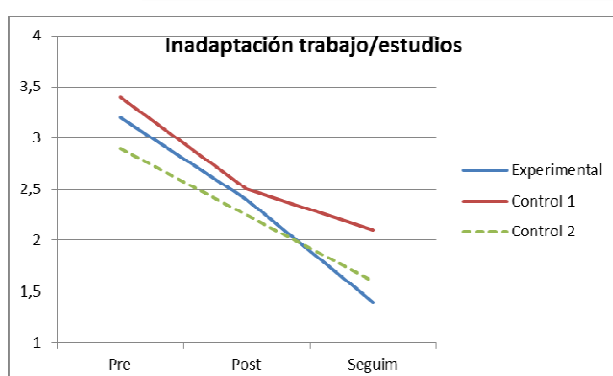
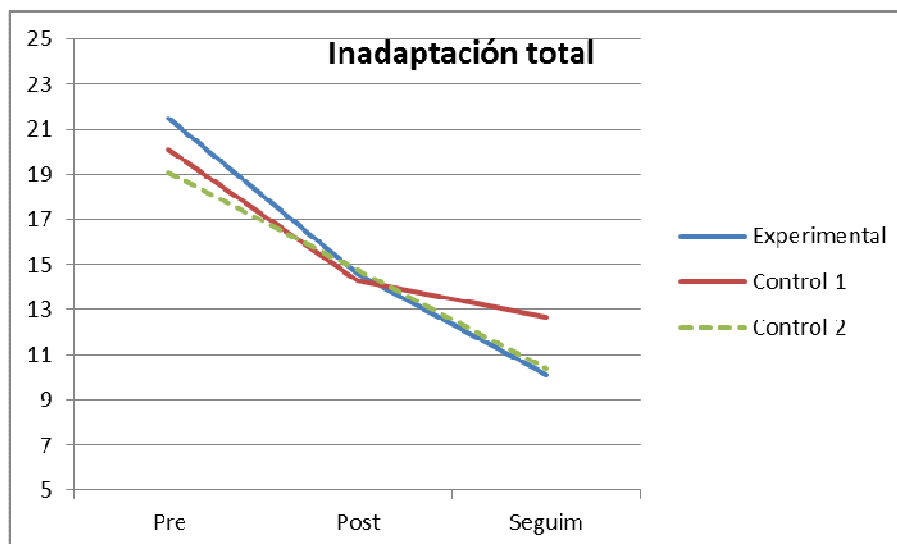


Figura 10. Evolución de la inadaptación (Escala de Inadaptación)

4.6. TAMAÑO DEL EFECTO EN LAS VARIABLES DE ESTUDIO

En este apartado se ha calculado el tamaño del efecto en las variables de estudio de esta investigación, de cara a poder valorar en qué grupos se producen los mayores cambios entre los tres momentos de medida. De este modo se puede observar la mejoría o no de modo diferencial en cada uno de los grupos.

Los comentarios de este apartado se centran principalmente en la evolución entre la primera medida (pretratamiento) y la última (seguimiento) realizadas para evaluar las variables, ya que mediante ella se pueden observar los cambios habidos en el mayor período posible transcurrido dentro de este estudio. Además, es la única medida llevada a cabo con los tres grupos, por lo que todos ellos pueden ser comparados. Sin embargo, en algunas de las variables se comentan también los cambios habidos en los dos períodos intermedios, es decir, entre el inicio y el final del tratamiento, y entre dicho final y el seguimiento, cuando existen medidas del tamaño del efecto relevantes en los dos grupos que han sido evaluados en los tres momentos.

4.6.1. Variables referidas a las conductas violentas

En la Tabla 59 se presenta el tamaño del efecto en los pensamientos distorsionados sobre la mujer y sobre el uso de la violencia como modo de resolver los conflictos.

Tabla 59. Tamaño del efecto en los pensamientos distorsionados (IPD-M e IPD-V)

		<i>Pre-Post</i>	<i>Pre-Seg</i>	<i>Post-Seg</i>
	Grupo	<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>
IPD-M	Experimental	0,37	0,45	0,09
	Control 1	0,04	0,44	0,39
	Control 2		0,18	
IPD-V	Experimental	0,30	0,40	0,07
	Control 1	0,13	0,24	0,12
	Control 2		0,44	

El tamaño del efecto en los pensamientos distorsionados sobre la mujer entre el pretratamiento y el seguimiento es muy similar en el grupo experimental y en el grupo de control 1. En ambos es muy superior al del grupo de control 2 (Figura 11).

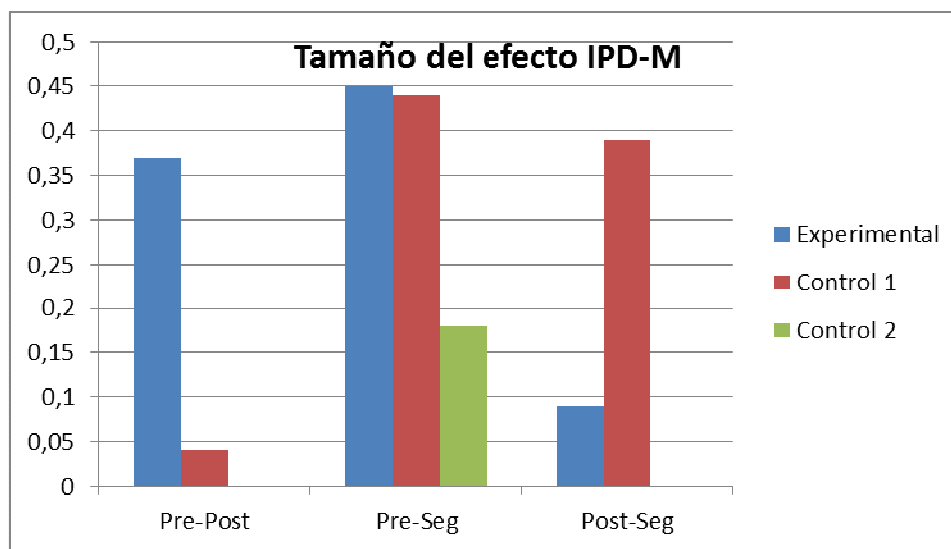


Figura 11. Tamaño del efecto en los pensamientos distorsionados sobre la mujer (IPD-M)

Pese a que no parece haber apenas diferencia entre los dos grupos con violencia inicial de pareja en el período más largo, sí las hay sin embargo en los “subperíodos” más breves. Entre el pretratamiento y el

postratamiento el tamaño del efecto es considerablemente mayor en el grupo que ha llevado el tratamiento, y en el período entre el postratamiento y el seguimiento el tamaño del efecto es mucho mayor en el grupo de control 1.

Respecto a los pensamientos distorsionados sobre la violencia, el tamaño del efecto entre el pretratamiento y el seguimiento es mayor en el grupo experimental que en el grupo de control 1, aunque llama la atención cómo el mayor valor es el del grupo de control 2 (Figura 12).

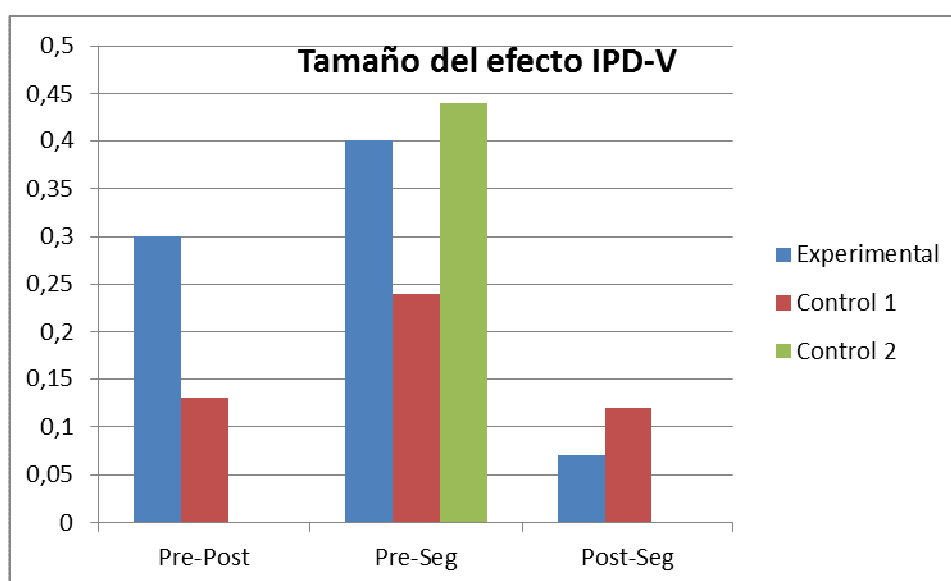


Figura 12. Tamaño del efecto en los pensamientos distorsionados sobre la violencia (IPD-V)

El tamaño del efecto es mayor en el grupo experimental entre el pretratamiento y la finalización del tratamiento, y en el grupo de control 1 entre el final del tratamiento y el seguimiento.

Tabla 60. Tamaño del efecto en los síntomas de malestar psicológico (SCL-90-R)

		<i>Pre-Post</i>	<i>Pre-Seg</i>	<i>Post-Seg</i>
	Grupo	<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>
GSI	Experimental	0,42	0,44	0,10
	Control 1	0,38	0,49	0,14
	Control 2		0,49	
PSDI	Experimental	0,18	0,19	0,02
	Control 1	0,31	0,60	0,30
	Control 2		0,27	
PST	Experimental	0,39	0,45	0,13
	Control 1	0,34	0,40	0,10
	Control 2		0,50	
Somatización	Experimental	0,35	0,27	-0,10
	Control 1	0,41	0,20	-0,29
	Control 2		0,42	
Obsesión-compulsión	Experimental	0,24	0,43	0,22
	Control 1	0,24	0,39	0,16
	Control 2		0,38	
Sensibilidad interpersonal	Experimental	0,32	0,46	0,12
	Control 1	0,34	0,45	0,15
	Control 2		0,37	
Depresión	Experimental	0,26	0,35	0,14
	Control 1	0,32	0,48	0,17
	Control 2		0,48	
Ansiedad	Experimental	0,40	0,38	0,03
	Control 1	0,43	0,61	0,23
	Control 2		0,49	
Hostilidad	Experimental	0,52	0,61	0,15
	Control 1	0,65	0,40	-0,24
	Control 2		0,42	
Ansiedad Fóbica	Experimental	0,32	0,15	-0,16
	Control 1	0,32	0,28	0,02
	Control 2		0,03	
Ideación paranoide	Experimental	0,34	0,32	0,01
	Control 1	0,34	0,38	0,05
	Control 2		0,36	
Psicoticismo	Experimental	0,33	0,23	-0,12
	Control 1	0,32	0,52	0,27
	Control 2		0,44	

GSI = Índice Global de Gravedad; PSDI = Índice de Distrés de Síntomas Positivos; PST = Total de Sintomatología Positiva.

4.6.2. Variables psicopatológicas y de personalidad

El tamaño del efecto en las variables psicopatológicas evaluadas mediante el SCL-90-R se presenta en la Tabla 60. No existe un predominio claro de dicho tamaño del efecto en ninguno de los tres grupos. En general, adquiere valores relevantes, en algunos casos cercanos o superiores a 0,60.

Así, en el período entre el pretratamiento y el seguimiento, el grupo experimental presenta el mayor tamaño del efecto en la disminución de las variables *obsesión-compulsión*, *sensibilidad interpersonal* y *hostilidad*. El grupo de control 1 tiene el mayor tamaño del efecto en el *Índice Global de Gravedad (GSI)*, en el *Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI)*, y en las variables *depresión*, *ansiedad*, *ansiedad fóbica*, *ideación paranoide* y *psicoticismo*. Por su parte, el grupo de control 2 presenta los valores máximos del tamaño del efecto en los *Índices Global de Gravedad (GSI)* y *de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI)*, y en las variables *somatización* y *depresión*.

Respecto a los índices globales que reflejan el nivel de gravedad global del sujeto, los tres grupos tienen un tamaño del efecto muy parecido entre el pretratamiento y el seguimiento tanto en el *Índice Global de Severidad (GSI)*, que refleja la gravedad global de los síntomas presentados, como en el *Total de Sintomatología Positiva (PST)*, que recoge el número de ítems contestados con una puntuación distinta de 0. Sin embargo, en ese período el tamaño del efecto del *Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI)*, que indica la intensidad de los síntomas presentes, es mayor en el grupo de control 1 que en los otros dos grupos (Figura 13).

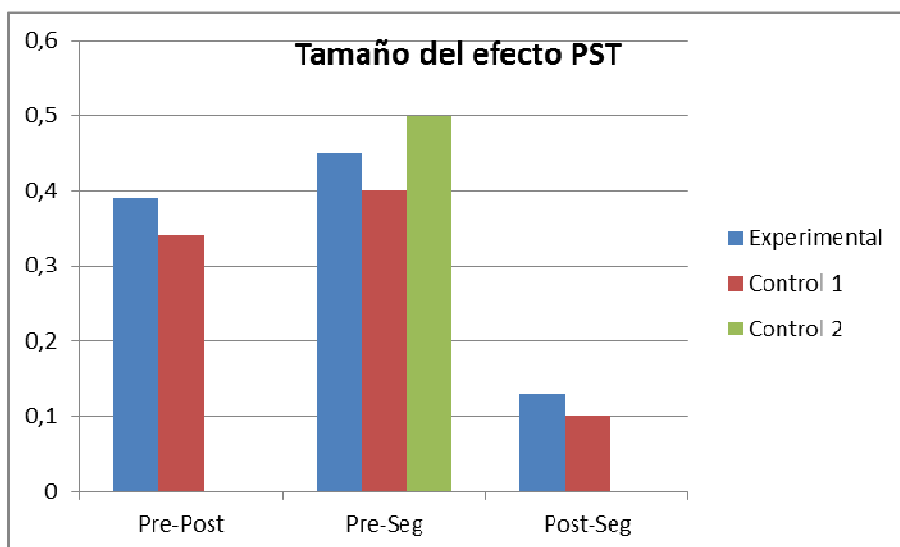
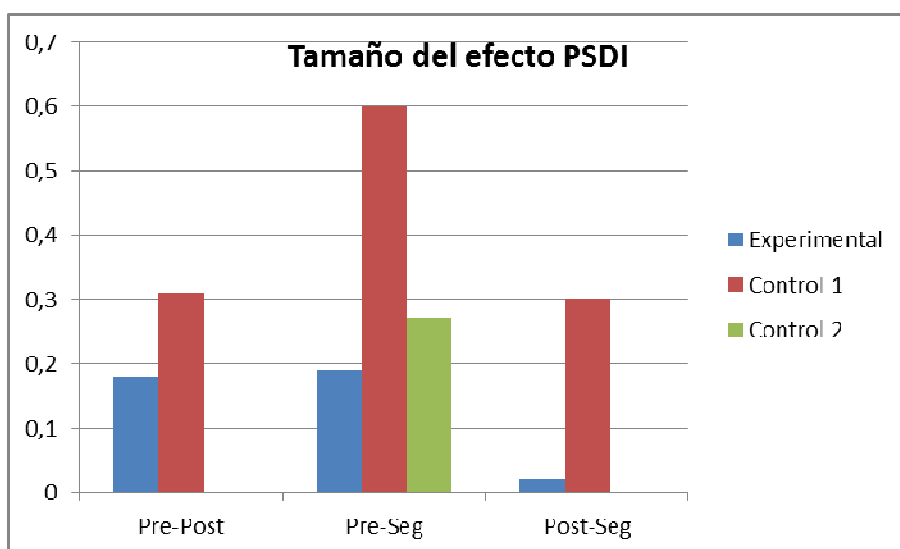
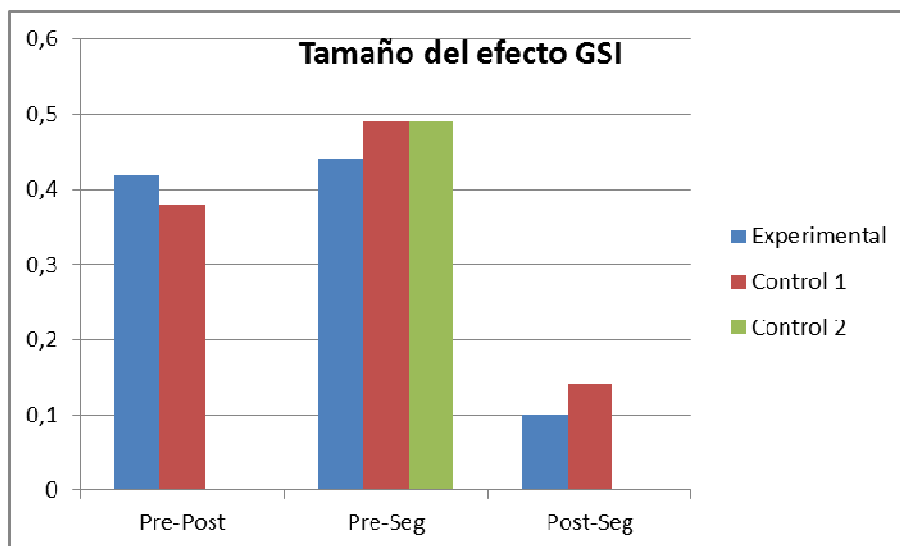


Figura 13. Tamaño del efecto en los síntomas de malestar psicológico (SCL-90-R)

En la Tabla 61 aparecen las medidas referentes al tamaño del efecto en la capacidad empática. Los tres grupos aumentan la empatía total entre el pretratamiento y el seguimiento, aunque el tamaño del efecto es menor en el grupo experimental que en los dos grupos de control.

Tabla 61. Tamaño del efecto en la capacidad empática (IRI)

		<i>Pre-Post</i>	<i>Pre-Seg</i>	<i>Post-Seg</i>
	Grupo	<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>
Empatía total	Experimental	-0,12	-0,07	0,05
	Control 1	0,10	-0,12	-0,22
	Control 2		-0,12	
Perspectiva empática	Experimental	0,24	0,54	0,29
	Control 1	0,03	0,36	0,33
	Control 2		0,04	
Interés empático	Experimental	0,00	0,14	0,14
	Control 1	-0,33	-0,63	-0,21
	Control 2		-0,16	
Fantasía empática	Experimental	-0,24	-0,24	0,00
	Control 1	0,35	0,27	-0,04
	Control 2		-0,21	
Aflicción personal	Experimental	-0,21	-0,59	-0,31
	Control 1	-0,05	-0,48	-0,43
	Control 2		-0,27	

En cuanto a las subescalas empáticas evaluadas, la *perspectiva empática* disminuye en los tres grupos, aunque en mayor medida en el grupo experimental. El *interés empático* disminuye en el grupo experimental y aumenta en mayor medida en el grupo de control 1. La *fantasía empática* aumenta en mayor medida en el grupo experimental, y sin embargo disminuye en el grupo de control 1. El mayor tamaño del efecto de la *aflicción personal*, que aumenta en todos los grupos, corresponde al grupo experimental.

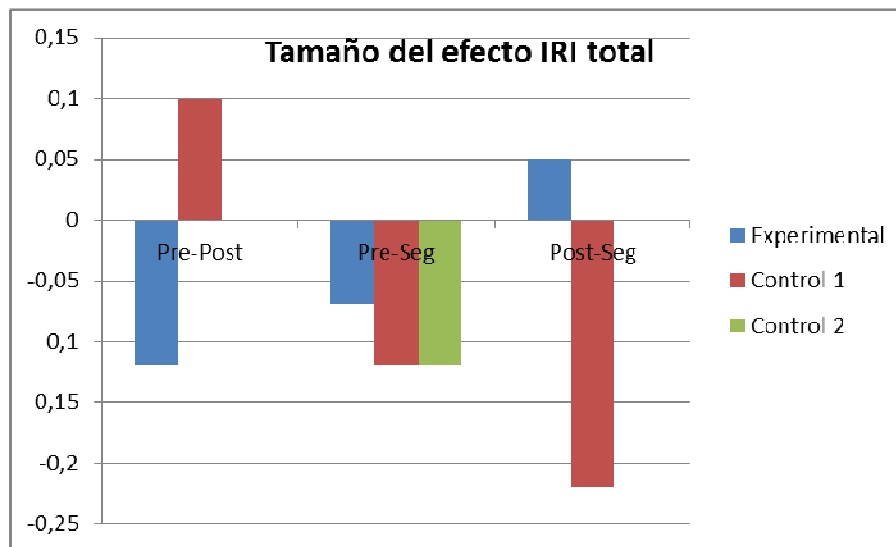


Figura 14. Tamaño del efecto en la capacidad empática (IRI)

En la Figura 14 se muestran los tamaños del efecto de la capacidad empática total. Aunque entre el pretratamiento y el seguimiento se da un aumento de la empatía total en los tres grupos, entre el pretratamiento y el postratamiento aumenta en el grupo experimental y disminuye en el grupo de control 1, mientras que entre el final del tratamiento y el seguimiento ocurre a la inversa, es decir, aumenta en el grupo de control 1 y disminuye en el experimental.

En la Tabla 62 se recogen los tamaños del efecto en la ira. Tanto en la *ira-estado* como en la *ira-rasgo* el mayor tamaño del efecto corresponde al grupo experimental.

Tabla 62. Tamaño del efecto en la ira (STAXI)

		<i>Pre-Post</i>	<i>Pre-Seg</i>	<i>Post-Seg</i>
	Grupo	<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>
Ira-estado	Experimental	0,90	0,42	-0,12
	Control 1	0,30	0,29	0,00
	Control 2		0,26	
Ira-rasgo	Experimental	0,61	0,79	0,23
	Control 1	0,26	0,44	0,18
	Control 2		0,17	

Cabe destacar la magnitud de los valores del tamaño del efecto en el grupo experimental, especialmente elevados. Así, la *ira-estado* tiene un tamaño del efecto de 0,90 en el período transcurrido entre antes y después del tratamiento, y la *ira-rasgo* un valor de 0,61 en el mismo período y de 0,79 entre el pretratamiento y el seguimiento.

La *ira-estado* del grupo experimental aumenta considerablemente en el período pretratamiento-postratamiento, mientras que disminuye ligeramente entre la finalización del tratamiento y el seguimiento. En el intervalo desde el pretratamiento hasta el seguimiento es el grupo que mayor tamaño del efecto presenta.

Por su parte, la *ira-rasgo* presenta el mayor tamaño del efecto en el grupo experimental en todos los intervalos, siendo el menor tamaño del efecto el del grupo de control 2 (Figura 15).

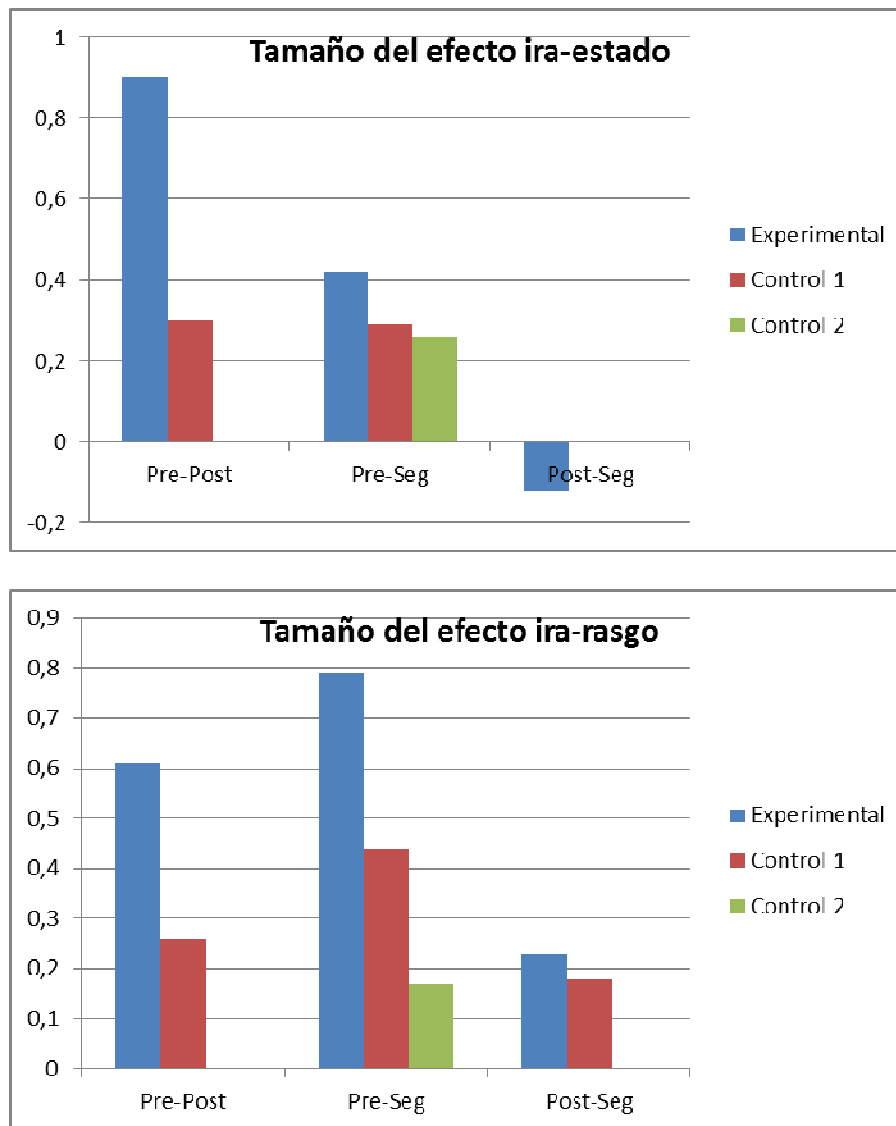


Figura 15. Tamaño del efecto en la ira (STAXI)

En la Tabla 63 se muestran los tamaños del efecto correspondientes a la impulsividad total y a sus subescalas. El mayor tamaño del efecto en la disminución de la impulsividad total entre el pretratamiento y el postratamiento corresponde el grupo de control 1, mientras que el grupo de control 2 tiene un ligero aumento en la impulsividad.

Tabla 63. Tamaño del efecto en la impulsividad (BIS-10)

Variable	Grupo	<i>Pre-Post</i>	<i>Pre-Seg</i>	<i>Post-Seg</i>
		<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>
Impulsividad total	Experimental	0,55	0,51	0,12
	Control 1	0,24	0,73	0,51
	Control 2		-0,02	
Impulsividad motora	Experimental	0,40	0,55	0,20
	Control 1	0,49	0,70	0,18
	Control 2		-0,08	
Impulsividad cognitiva	Experimental	0,26	0,45	0,24
	Control 1	-0,05	0,74	0,82
	Control 2		-0,05	
Improvisación	Experimental	0,61	0,37	-0,06
	Control 1	0,10	0,49	0,37
	Control 2		0,08	

En las tres subescalas de la impulsividad ocurre lo mismo que con la impulsividad total. El grupo de control 1 presenta el mayor tamaño del efecto, y el grupo de control 2 el menor, siendo en dos de las subescalas negativo, es decir, no sólo no disminuye sino que aumenta ligeramente.

Del mismo modo que en variables anteriores, la impulsividad total tiene una mayor tamaño del efecto en el grupo experimental en el periodo pretratamiento-postratamiento, y en el grupo de control 1 en el período postratamiento-seguimiento (Figura 16).

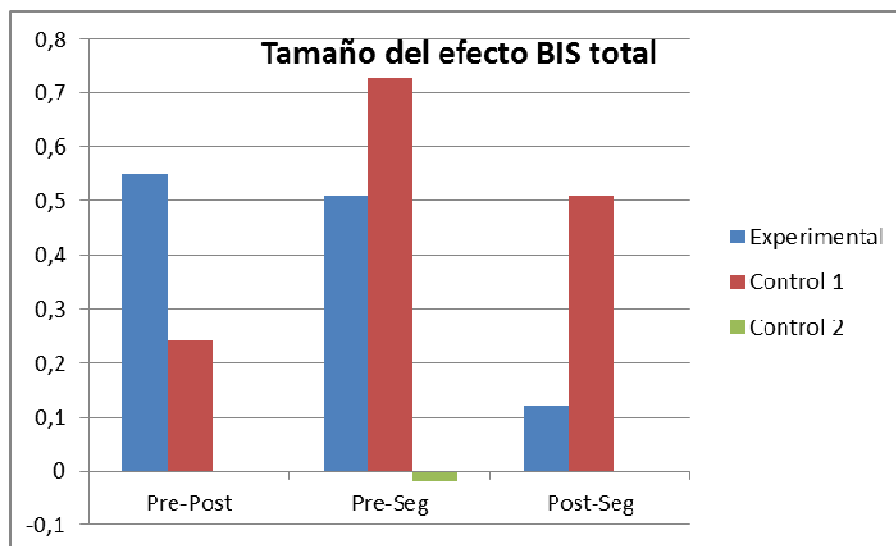


Figura 16. Tamaño del efecto en la impulsividad (BIS-10)

Los valores del tamaño del efecto en la *Escala de Inadaptación* son especialmente relevantes (Tabla 64). Los tres grupos estudiados ofrecen valores muy altos, que indican una mejoría muy relevante en el grado de afectación de las diferentes áreas evaluadas mediante este instrumento.

En todas las áreas el mayor tamaño del efecto corresponde al grupo experimental, en los tres intervalos de tiempo evaluados. En el intervalo pretratamiento-seguimiento los valores del tamaño del efecto están por encima de 1 en todas las áreas, lo cual indica una diferencia muy sustancial en las puntuaciones, en el sentido de una disminución muy significativa del grado de afectación de las distintas áreas.

Tanto en el período pretratamiento-postratamiento como en el postratamiento-seguimiento el grupo experimental es el que mayor tamaño del efecto presenta en la inadaptación total, indicando una mayor mejoría en los dos "subperíodos" evaluados. Este dato se corresponde con el mayor tamaño del efecto que también ofrece el grupo experimental en el período global pretratamiento-postratamiento. En este intervalo el grupo de control 2 tiene mayor tamaño del efecto que el grupo de control 1. En cualquier caso, tal como se ha señalado anteriormente, el tamaño del efecto es muy grande en los tres grupos.

Tabla 64. Tamaño del efecto en la inadaptación (Escala de Inadaptación)

		<i>Pre-Post</i>	<i>Pre-Seg</i>	<i>Post-Seg</i>
	Grupo	<i>d</i>	<i>d</i>	<i>d</i>
Inadaptación total	Experimental	0,90	1,34	0,53
	Control 1	0,72	0,96	0,21
	Control 2		1,09	
Trabajo	Experimental	0,47	1,13	0,63
	Control 1	0,47	0,93	0,29
	Control 2		0,76	
Vida social	Experimental	0,64	1,06	0,50
	Control 1	0,64	0,87	0,27
	Control 2		0,81	
Tiempo libre	Experimental	0,56	1,06	0,53
	Control 1	0,60	0,47	-0,13
	Control 2		0,93	
Pareja	Experimental	1,07	1,00	0,17
	Control 1	0,63	0,93	0,27
	Control 2		0,94	
Familiar	Experimental	0,93	1,62	0,62
	Control 1	0,59	0,93	0,27
	Control 2		0,94	
Item global	Experimental	1,00	1,35	0,53
	Control 1	0,59	0,93	0,21
	Control 2		0,94	

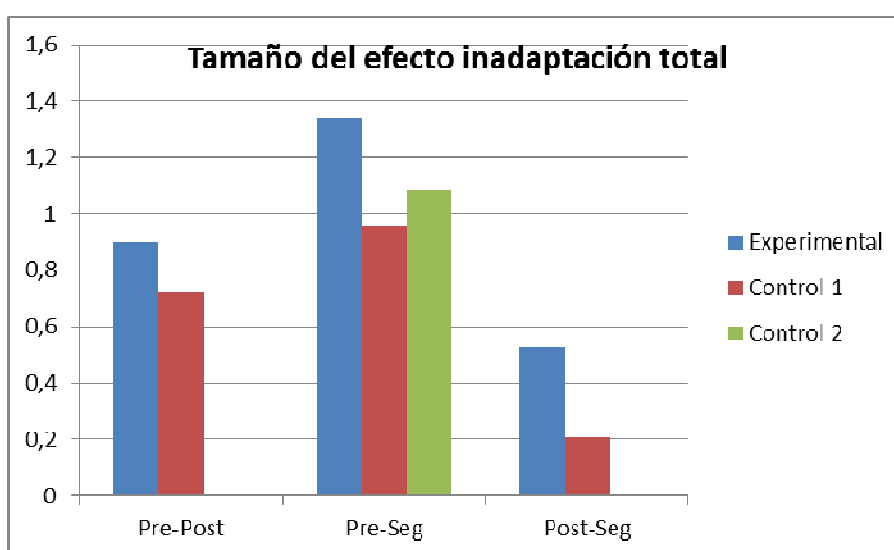


Figura 17. Tamaño del efecto en la inadaptación (Escala de Inadaptación)

4.7. VARIABLES PREDICTORAS DE ÉXITO TERAPÉUTICO EN EL SEGUIMIENTO

En este apartado se ofrecen los resultados correspondientes a la regresión logística realizada para identificar las variables específicas que podrían explicar las diferentes tasas de éxito encontradas entre los diferentes grupos de pacientes. Se ha utilizado el modelo por pasos hacia adelante. Se ofrecen los datos correspondientes a los tres grupos en los que se ha llevado a cabo este análisis multivariado: en primer lugar todos los sujetos incluidos en la investigación, en segundo lugar los sujetos que presentaban conductas violentas antes del tratamiento (correspondientes a los grupos experimental y de control 1), y por último los sujetos con los que se ha llevado a cabo la intervención (grupo experimental).

En todas las regresiones realizadas la variable dependiente es la ausencia o presencia de conductas violentas en el seguimiento. Ya que el programa aplicado persigue el cese o disminución en la violencia hacia la pareja, se trata del indicador más claro de éxito o mejora terapéutica.

Las variables independientes con las que se ha llevado a cabo este análisis son: a) variables sociodemográficas (sexo, estado civil, nivel de estudios, edad); b) variables de gravedad de la adicción (*EuropASI* subescala alcohol, *EuropASI* subescala drogas); c) variables referidas a las conductas violentas (*IPD-M*, *IPD-V*); d) variables psicopatológicas y de personalidad (*IRI total*, *BIS total*, *Staxi-Estado*, *Staxi-Rasgo*, *Escala global de inadaptación*, índices globales *GSI*, *PSDI*, *PST* del *SCL-90-R*); e) tipo de programa de tratamiento para la drogodependencia (ambulatorio o residencial); y f) grupo asignado en el estudio (experimental, de control 1, de control 2).

4.7.1. Resultados del análisis de regresión logística con la totalidad de la muestra

En la Tabla 65 se presentan los resultados correspondientes a la regresión logística realizada con todos los sujetos que han participado en este estudio, independientemente de la presencia de violencia antes del tratamiento o del grupo al que fueron asignados.

Tabla 65. Regresión logística variables predictoras (todos los sujetos)

Variable Dependiente = 1 (presencia conductas violentas en seguimiento)			
Modelo: Variables pre-tratamiento			
Paso	Variable	OR	95% IC
1	Grupo (Control 1)	10,4**	(2,2 - 48,3)
2	EuropASI Alcohol	1,4*	(1,1 - 1,8)
Modelo final	EuropASI Alcohol	1,4*	(1,1 - 1,8)
	Grupo (Control 1)	13,7**	(2,6 - 71,8)
	Constant	0,1**	
<hr/>			
R ² ajustada modelo final			0,29
% clasificación correcta			69,7%

OR = *Odds ratio*; IC = Intervalo de confianza

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

Las dos variables que predicen la presencia de violencia hacia la pareja en el seguimiento son la pertenencia al grupo de control 1 (OR = 13,7; $p < 0,01$) y la gravedad en el área *alcohol* del *EuropASI* (OR = 1,4; $p < 0,05$). El valor de la odds ratio de la primera de ellas muestra cómo se trata de la variable predictora más potente en este grupo. La pertenencia al grupo de control 1 es la variable que mejor predice la presencia de conductas violentas hacia la pareja en el seguimiento. Estas dos variables clasifican correctamente el 69,7% de los casos.

4.7.2. Resultados del análisis de regresión logística con los sujetos con conductas violentas hacia la pareja antes del tratamiento

En la Tabla 66 se muestran los resultados obtenidos en la regresión logística realizada para identificar las variables predictoras de violencia hacia la pareja en el seguimiento en el grupo de sujetos que en la evaluación pretratamiento presentaban conductas violentas hacia la pareja, es decir, los sujetos asignados a los grupos experimental y de control 1.

Las variables de la evaluación pretratamiento que resultan ser predictoras de dicha violencia en el seguimiento son el sexo ($OR = 0,103$; $p < 0,05$) y el *IRI total* pretratamiento ($OR = 0,879$; $p < 0,05$), de modo que ser mujer y tener una baja capacidad empática total aumentan la probabilidad de violencia hacia la pareja en el seguimiento. Considerando ambas variables se pueden clasificar al inicio correctamente el 80% de los sujetos con conductas violentas respecto a la violencia hacia la pareja en el seguimiento.

Si se tienen en cuenta las variables de finalización del tratamiento, se obtiene como predictor de violencia en el seguimiento la variable *IRI total* postratamiento ($OR = 0,9$; $p < 0,05$), de modo que una baja capacidad empática en ese momento aumenta la probabilidad de dicha violencia. Pronostica correctamente la evolución en cuanto a la violencia hacia la pareja en el seguimiento del 55,6% de los sujetos que inicialmente presentaban violencia de pareja.

Por último, al considerar conjuntamente tanto las variables pretratamiento como las postratamiento, se sigue obteniendo el *IRI total* del pretratamiento ($OR = 0,9$; $p < 0,05$) como predictor de violencia en el seguimiento. El 76% de los sujetos de los grupos experimental y de control 1 se pueden clasificar correctamente teniendo en cuenta este criterio.

Tabla 66. Regresión logística variables predictoras (sujetos con conductas violentas al inicio del estudio)

	Variable Dependiente = 1 (presencia conductas violentas en seguimiento)								
	Modelo 1: Variables pre-tratamiento			Modelo 2: Variables post-tratamiento			Modelo 3: Variables pre + post		
Paso	Variable	OR	95% IC	Variable	OR	95% IC	Variable	OR	95% IC
1	Sexo (Hombre)	0,2**	(0,1 - 0,9)	IRI Postratamiento	0,9*	(0,8 - 0,9)	IRI Total	0,9*	(0,8 - 0,9)
2	IRI Total	0,9*	(0,8 - 0,9)						
Modelo final	Sexo (Hombre)	0,103*	(0,1 - 0,7)	IRI Postratamiento	0,9*	(0,8 - 0,9)	IRI Total	0,9*	(0,8 - 0,9)
	IRI Total	,879*	(0,8 - 0,9)	Constante	113,8*		Constante	123,3	
	Constante	68.410**							
R ² ajustada modelo final			0,5				0,3		
% clasificación correcta			80,0%				76%		

OR = Odds ratio; IC = Intervalo de confianza

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

Tabla 67. Regresión logística variables predictoras (sujetos del grupo experimental)

	Variable Dependiente = 1 (presencia conductas violentas en seguimiento)								
	Modelo 1: Variables pre-tratamiento			Modelo 2: Variables post-tratamiento			Modelo 3: Variables pre + post		
Paso	Variable	OR	95% CI	Variable	OR	95% CI	Variable	OR	95% CI
1	IRI Total	0,9*	(0,8 - 0,9)	IRI Postratamiento	0,9*	(0,8 - 0,9)	--	--	--
Modelo final	IRI Total	0,9*	(0,8 - 0,9)	IRI Postratamiento	0,9*	(0,8 - 0,9)			
	Constante	157,9		Constante	302,1				
R ² ajustada modelo final			0,3				0,27		
% clasificación correcta			78,3%				73,9%		

OR = Odds ratio; IC = Intervalo de confianza

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

4.7.3. Resultados del análisis de regresión logística con los sujetos del grupo experimental

En la Tabla 67 se muestran los resultados de la regresión logística realizada para identificar las variables predictoras de violencia hacia la pareja en el seguimiento en el grupo de sujetos que en la evaluación pretratamiento presentaban conductas violentas hacia la pareja y que ha recibido el tratamiento, es decir, el grupo experimental.

El *IRI total* del pretratamiento ($OR = 0,9$; $p < 0,05$) aparece como la variable predictora de conductas violentas en el seguimiento en el grupo experimental, permitiendo clasificar correctamente a un 78,3% de los sujetos. Así pues, la baja capacidad empática inicial predice la presencia de conductas violentas en el seguimiento.

Si se tienen en cuenta las variables postratamiento, el *IRI total* del postratamiento ($OR = 0,9$; $p < 0,05$) es la variable predictora de violencia hacia la pareja en el seguimiento en el grupo experimental, tal como ocurría en el análisis realizado con los sujetos con conductas violentas. Permite clasificar correctamente a un 73,9% de los sujetos del grupo experimental respecto a dicha variable dependiente.

Así pues, a modo de resumen, se puede afirmar que, en la muestra total estudiada, las variables predictoras de reincidencia en la violencia hacia la pareja en el seguimiento son pertenecer al grupo de control 1 y tener mayor gravedad en el área *alcohol* del *EuropASI*. En los sujetos que presentan violencia hacia la pareja en la evaluación inicial las variables predictoras son ser mujer, tener una baja capacidad empática al inicio del tratamiento y una baja capacidad empática a la finalización del mismo. En los sujetos del grupo experimental las variables predictoras son también la baja capacidad empática tanto en el pretratamiento como en el postratamiento.

5. CONCLUSIONES

En este apartado de la tesis se exponen las principales conclusiones obtenidas en relación con los objetivos e hipótesis formulados en el inicio de la parte empírica.

El **primer objetivo** del trabajo plantea establecer la tasa de prevalencia de conductas violentas contra la pareja entre los usuarios drogodependientes del programa Proyecto Hombre Navarra.

La **primera hipótesis**, correspondiente a dicho objetivo, establece que la tasa de conductas violentas contra la pareja será mayor en los sujetos en tratamiento por su adicción a las drogas que en la población general (Tabla 68).

Tabla 68. Confirmación de la hipótesis correspondiente al primer objetivo.

HIPÓTESIS DEL PRIMER OBJETIVO	CONFIRMACIÓN
1. La tasa de sujetos de la muestra con conductas violentas hacia la pareja será mayor que en la población general.	SI

En este estudio se ha encontrado una tasa de violencia hacia la pareja del 33,6% en la población drogodependiente en tratamiento por su adicción. En el caso de los hombres dicha tasa es del 24,2% y en el de las mujeres del 63,3%. Comparando estos datos con los obtenidos en otros estudios en la población general surge una dificultad: la mayor parte de estudios sobre la prevalencia de violencia hacia la pareja establecen tasas de víctimas, y no de personas agresoras. Tomando como referencia algunos de esos estudios, en los que se recogen los porcentajes de mujeres en la población general que han sido víctimas de violencia de pareja alguna vez

en su vida, la tasa encontrada en la muestra estudiada ofrece valores más altos. La violencia de pareja en la población general presenta tasas de entre el 16,5% y el 24,8% en España (Echeburúa, Corral, et al., 2004; Ruiz-Perez, Plazaola-Castano, Vives-Cases, Montero-Pinar, Escriba-Aguir, Jimenez-Gutierrez y Martin-Baena, 2010) y entre el 15% y el 30% en el ámbito internacional (Devries et al., 2013; Echeburúa y Corral, 1998; Goldman et al., 1995; Shanko et al., 2013; Straus y Gelles, 1990).

Los únicos estudios encontrados en los que se establece la prevalencia de agresores hacia la pareja en la población general ofrecen una tasa del 17% de los varones (Rhodes et al., 2009) y del 31% de las mujeres (Palmetto et al., 2013). En ambos casos, los porcentajes obtenidos en la muestra estudiada son superiores.

Por lo tanto, **se confirma la primera hipótesis**, correspondiente al primer objetivo. En la población drogodependiente en tratamiento por su consumo la tasa de agresores hacia la pareja es superior a la encontrada en la población general.

El **segundo objetivo** del estudio consiste en determinar si existe un perfil diferencial entre los usuarios con y sin conductas violentas hacia la pareja. Para ello se han establecido siete hipótesis, afirmando todas ellas que efectivamente existirán diferencias entre los sujetos con conductas violentas hacia la pareja y los sujetos sin dichas conductas (Tabla 69).

Tabla 69. Confirmación de las hipótesis correspondientes al segundo objetivo.

HIPÓTESIS DEL SEGUNDO OBJETIVO	CONFIRMACIÓN
2. Existirán diferencias en cuanto a las características sociodemográficas entre los sujetos estudiados, con mayor proporción de casados entre quienes presentan conductas violentas.	NO
3. Los sujetos con conductas violentas hacia la pareja presentarán mayor gravedad en su adicción a las drogas, en comparación con los que no presentan conductas violentas.	SI
4. Los sujetos con conductas violentas hacia la pareja presentarán una mayor tasa de pensamientos distorsionados sobre los roles sexuales y sobre la violencia como forma aceptable de resolver conflictos.	NO
5. Los pacientes con conductas violentas hacia la pareja tendrán mayor comorbilidad psicopatológica que aquellos que no presentan dichas conductas.	SI
6. Los pacientes con conductas violentas hacia la pareja presentarán rasgos más alterados de personalidad en comparación con los que no tienen dichas conductas.	SI
7. La capacidad empática será mayor y los niveles de ira e impulsividad menores en los sujetos que no presentan conductas violentas hacia la pareja.	Parcial*
8. Los sujetos con conductas violentas hacia la pareja tendrán una mayor afectación en las diferentes áreas de su vida cotidiana como consecuencia del consumo de drogas.	SI

* La parte de la hipótesis que se ha confirmado figura en negrita

La **segunda hipótesis** plantea que habrá mayor proporción de personas casadas en el grupo con conductas violentas hacia la pareja. De hecho, este dato se ha encontrado en estudios anteriores llevados a cabo con personas en tratamiento para la violencia ejercida contra sus parejas (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997), en los que el 86% de las personas eran casadas. Sin embargo, la muestra estudiada no ofrece diferencias significativas en cuanto a estado civil entre las personas con y sin conductas violentas hacia la pareja. En el grupo con conductas violentas hacia la pareja la proporción de personas casadas es del 14,9%, frente al 23,5% en el grupo sin conductas violentas. Sin embargo, aunque no es una diferencia estadísticamente significativa, el grupo con conductas violentas tiene mayor proporción de personas separadas o divorciadas (22,4%) que el grupo sin conductas violentas (11,8%).

Así pues, **no se confirma la segunda hipótesis**, ya que no existe en el grupo con conductas violentas hacia la pareja una mayor proporción de personas casadas que en el grupo sin dichas conductas.

La **tercera hipótesis** afirma que los sujetos con conductas violentas hacia la pareja presentarán mayor gravedad en su adicción a las drogas, en comparación con los que no presentan conductas violentas. Los resultados de este estudio indican que existen diferencias significativas entre ambos grupos en tres de las áreas del *EuropASI*, instrumento que refleja la gravedad del consumo. El grupo con conductas violentas presenta una necesidad de tratamiento en el área de consumo de drogas, así como en las áreas médica y familiar/social, significativamente mayor. Estas medidas reflejan una mayor gravedad en el consumo por parte del grupo con conductas violentas hacia la pareja.

Estos datos completan los resultados de los estudios previos que hacen referencia a la asociación existente entre el consumo de drogas y la violencia hacia la pareja (Amor et al., 2010; Echeburúa et al., 2003; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2005; Fernández-Montalvo et al., 2005; Moore y Stuart, 2004; Stuart, O'Farrell y Temple, 2009), aportando evidencia sobre la relación que existe entre la severidad de dicho consumo

de drogas y la presencia de conductas agresivas hacia la pareja. Algunos estudios indican una fuerte asociación entre el consumo de drogas y la gravedad de los episodios violentos (Roberts, 1988; Stuart et al., 2008), dato que se ajusta a la relación encontrada en este estudio entre la gravedad del consumo de drogas y la existencia de conductas violentas hacia la pareja.

Por lo tanto, **se confirma la tercera hipótesis**, ya que los sujetos con conductas violentas hacia la pareja presentan una mayor gravedad en su adicción a las drogas.

La **cuarta hipótesis** de la investigación señala que los sujetos con conductas violentas hacia la pareja presentarán una mayor tasa de pensamientos distorsionados sobre los roles sexuales y sobre la violencia como forma aceptable de resolver los conflictos. Ambas variables se relacionan con la conducta violenta hacia la pareja. En distintos estudios se ha encontrado que tanto las creencias equivocadas sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer como las ideas distorsionadas sobre la legitimación de la violencia como forma de resolver los conflictos aparecen ligadas a los hombres maltratadores y son uno de los principales factores de riesgo en la violencia contra la pareja (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998; Geldschläger y Ginés, 2013; McDermott y Lopez, 2013). En este estudio los sujetos con y sin conductas violentas hacia la pareja no presentan diferencias significativas entre ellos en ninguno de los dos inventarios, IPD-M e IPD-V, utilizados para evaluar los pensamientos distorsionados. Los pacientes en tratamiento por su abuso de las drogas no presentan diferencias en estos dos tipos de creencias erróneas en función de haber tenido o no conductas de violencia hacia su pareja.

La **cuarta hipótesis no se confirma**. No se han encontrado diferencias entre los sujetos con y sin conductas violentas hacia la pareja en los pensamientos distorsionados sobre los roles sexuales y sobre la violencia como forma aceptable de resolver conflictos.

La **quinta hipótesis** afirma que los pacientes con conductas violentas hacia la pareja tendrán mayor comorbilidad psicopatológica que aquellos que no presentan dichas conductas.

Diferentes trabajos han ofrecido resultados en este sentido, tanto en el caso de los hombres agresores (Calvete, 2008; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008; Shorey et al., 2012; Torres et al., 2013) como en el de las mujeres agresoras (Spidel et al., 2013). Se sabe, además, que si los agresores son consumidores de riesgo presentan mayor sintomatología psicopatológica (Catala-Minana et al., 2013). En el estudio realizado, al evaluar esta área mediante el *MCMI-III*, se han encontrado diferencias significativas entre los grupos con y sin conductas violentas hacia la pareja en las escalas básicas de personalidad *antisocial*, *agresiva (sádica)*, *negativista (pasivo-agresivo)*, en la escala de personalidad patológica y en los síndromes clínicos *paranoide*, *dependencia de alcohol y de otras sustancias*, *trastorno de estrés postraumático* y *trastorno delirante*. En todas estas variables los sujetos con conductas hacia la pareja obtienen puntuaciones significativamente más altas, tal como ocurre en los estudios mencionados.

Así pues, **se confirma la quinta hipótesis**, ya que el grupo de pacientes con conductas violentas hacia la pareja presenta una mayor comorbilidad psicopatológica.

La **sexta hipótesis** señala que los pacientes con conductas violentas hacia la pareja presentarán rasgos más alterados de personalidad en comparación con los que no tienen dichas conductas.

Siguiendo los resultados encontrados en múltiples trabajos (Gottman et al., 1995; Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994; Loinaz y Echeburúa, 2010; Novo et al., 2012), se ha encontrado al administrar el *SCL-90-R* que los sujetos con violencia de pareja obtienen puntuaciones mayores tanto en el *Índice Global de Severidad*, que refleja el nivel de gravedad global del sujeto, como en las escalas de *sensibilidad interpersonal*, *depresión*, *hostilidad* y *psicoticismo*.

Por lo tanto, **se confirma la sexta hipótesis**, ya que los sujetos con violencia hacia la pareja presentan mayor alteración de los rasgos de personalidad.

La **séptima hipótesis** afirma que la capacidad empática será mayor y los niveles de ira e impulsividad menores en los sujetos que no presentan conductas violentas hacia la pareja.

La relación entre la impulsividad y la violencia en la pareja aparece como una constante en otras investigaciones, en las que la primera se describe como factor de riesgo (Ames et al., 2013; Caetano, Cunradi, et al., 2000; Caetano et al., 2004; Field y Caetano, 2003; Schafer et al., 2004) o como predictor de la segunda (Schumacher et al., 2013). En el presente estudio los resultados indican que los sujetos con conductas violentas hacia la pareja puntúan significativamente más alto en la impulsividad, confirmando los resultados de dichos estudios anteriores.

La relación directa entre ira y violencia contra la pareja también se encuentra ampliamente descrita en estudios anteriores (Ali y Naylor, 2013; Chong et al., 2013; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998; Holtzworth-Munroe et al., 1997; Leisring, 2013; Shorey et al., 2011; Torres y Espada, 1996; Wolfe et al., 2004). En este estudio los sujetos con violencia hacia la pareja presentan mayor *ira-rasgo* que aquellos sin violencia de pareja. No existen diferencias en *ira-estado*, lo cual parece lógico, ya que el momento de la evaluación inicial no está ligado a la comisión de los episodios violentos. Sin embargo, estas diferencias sí aparecen en la ira como rasgo de personalidad.

En lo que se refiere a la empatía, variable señalada como factor de protección para la violencia de pareja (McCloskey y Lichter, 2003), en este estudio no se muestran diferencias entre los grupos con y sin violencia hacia la pareja. El mismo resultado se encontró en la investigación de Loinaz, Echeburúa y Ullate (2012), en el que no observaron diferencias

significativas en la autoestima entre las personas agresoras contra su pareja y la población general.

Por ello, se puede concluir que la **séptima hipótesis se confirma sólo parcialmente**. La primera parte de la misma no se confirma, ya que no hay diferencias en la capacidad empática entre ambos grupos, y sin embargo sí se confirma la segunda, que señala la diferencia entre ellos en la ira y en la impulsividad de los sujetos.

La **octava hipótesis** señala que los sujetos con conductas violentas hacia la pareja tendrán una mayor afectación en las diferentes áreas de su vida cotidiana como consecuencia del consumo de drogas. En la muestra estudiada los sujetos con conductas violentas hacia la pareja puntúan más alto en todas las áreas de la Escala de Inadaptación, siendo la diferencia significativa respecto al grupo sin conductas violentas en el área laboral, la de pareja y en la escala global de inadaptación. Dichas diferencias reflejan la relación existente entre un mayor grado de desestructuración y afectación de las áreas de la vida cotidiana como efecto del abuso de las drogas y la presencia de conductas violentas hacia la pareja.

Por lo tanto, **se confirma la hipótesis octava**, al presentar los sujetos con conductas violentas hacia la pareja una mayor afectación de la vida cotidiana como efecto del consumo de sustancias.

El **tercer objetivo** del trabajo consiste en evaluar la efectividad de un programa de intervención cognitivo-conductual para la violencia contra la pareja en personas en tratamiento por sus problemas de abuso de alcohol y/u otras drogas. Para verificarlo se plantean una serie de hipótesis que se pueden resumir en una: el programa de tratamiento propuesto producirá una reducción significativa en la conductas violentas y una diferencia significativa en las variables indirectamente relacionadas con la violencia estudiadas, de modo que el grupo experimental presentará unas medidas mejores que el grupo de control clínico. Se trata de llegar a establecer si el programa aplicado es efectivo. En la Tabla 70 se presentan

las hipótesis que corresponden a dicho objetivo y se someten a verificación en este trabajo.

Tabla 70. Confirmación de las hipótesis correspondientes al tercer objetivo.

HIPÓTESIS DEL TERCER OBJETIVO	CONFIRMACIÓN
9. Los sujetos del grupo experimental presentarán en el seguimiento una menor tasa de violencia hacia la pareja que los del grupo de control clínico.	SI
10. Los sujetos del grupo experimental presentarán al final del tratamiento y en el seguimiento una menor tasa de pensamientos distorsionados sobre los roles sexuales y sobre la violencia como forma aceptable de resolver conflictos que los sujetos del grupo de control clínico.	NO
11. Los sujetos del grupo experimental presentarán al final del tratamiento y en el seguimiento menor comorbilidad psicopatológica que los sujetos del grupo de control clínico.	NO
12. Los sujetos del grupo experimental presentarán al final del tratamiento y en el seguimiento mayor capacidad empática , menor impulsividad, menores niveles de ira y una menor afectación en las diferentes áreas de su vida cotidiana que los sujetos del grupo de control clínico.	NO Parcial*

* La parte de la hipótesis que se ha confirmado figura en negrita

La **novena hipótesis** del estudio establece que los sujetos del grupo experimental presentarán en el seguimiento una menor tasa de violencia hacia la pareja que los del grupo de control clínico.

La tasa de violencia en el seguimiento es la variable directamente relacionada con el objetivo del programa de tratamiento, y por ello esta novena hipótesis es la que más peso tiene de cara a evaluar la efectividad del programa aplicado. Las evaluaciones de distintos programas e intervenciones han demostrado su efectividad en la disminución de la

violencia hacia la pareja, disminuyendo la reincidencia en la misma, especialmente en el ámbito comunitario (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997; Echeburúa, Sarasúa, et al., 2009; Faulkner et al., 1992; Hamberger y Hastings, 1989; Shepard, 1992). Del mismo modo, el propio programa de intervención aplicado en este estudio demostró su eficacia en la disminución de violencia en población inmigrante (Echauri et al., 2013). En el ámbito de las drogodependencias, otros estudios también reflejaron la efectividad de los programas aplicados, consiguiendo una disminución en las tasas de violencia hacia la pareja (Easton y Sinha, 2002; Kraanen et al., 2013b).

Los resultados de este estudio muestran cómo, a los 6 meses de haber finalizado el tratamiento con el grupo experimental, las tasas de violencia hacia la pareja difieren según cuál sea la fuente de información. Cuando es el propio sujeto quien refiere la respuesta, no existen diferencias significativas en la tasa de reincidencia en la violencia de pareja, que se sitúa en torno a uno de cada cinco sujetos (17,9% en el grupo experimental y 21,1% en el grupo de control 1).

Sin embargo, cuando se utiliza un criterio externo cualificado, como es la información proporcionada por el equipo terapéutico que trabaja con cada usuario en el tratamiento para las drogodependencias, los datos varían. En base a la información que éste aporta, y que recoge los criterios inicialmente tenidos en cuenta para considerar la existencia de violencia de pareja, tales como existencia de denuncias y/u órdenes de alejamiento, y conocimiento y/o impresión clínica fundamentada de existencia de violencia, el grupo de control 1 presenta mayor violencia de pareja en el seguimiento. Mientras que en el grupo experimental ha presentado violencia hacia la pareja en este período un tercio de los sujetos (34,6%), en el grupo de control 1 se duplica esta proporción, ya que en dos tercios de los casos (66,7%) existe evidencia y/o sospecha fundada de violencia contra la pareja.

Parece razonable tener en cuenta este último criterio objetivo, del equipo terapéutico, para validar la novena hipótesis, referente a la reincidencia en la violencia de pareja. Hay que destacar que el grado de

conocimiento de cada sujeto por parte de dicho equipo es muy alto, ya que el tratamiento y el seguimiento que realizan tanto con ellos como con sus familiares y allegados es intenso, manteniendo una alta frecuencia de contactos terapéuticos. De este modo se elimina el posible sesgo introducido por la pertenencia de los sujetos al grupo experimental, en el que se ha abordado directamente su problema de violencia de pareja, o al grupo de control 1, en el que como se ha señalado hay varios sujetos que no quisieron llevar a cabo el tratamiento, a la hora de responder a esta cuestión.

La prevalencia encontrada está en la línea de la encontrada en otros estudios, en los que se estima que alrededor del 20% de las personas agresoras en la pareja que han recibido tratamiento reinciden en dicho tipo de violencia (Gondolf y White, 2001), aumentando dicha prevalencia hasta el 60% en otros estudios longitudinales (Klein y Tobin, 2008).

Así pues, **la novena hipótesis se confirma**. Los sujetos que han seguido el tratamiento para la violencia contra la pareja muestran en el seguimiento una menor tasa de violencia hacia la pareja que aquellos que inicialmente presentaban este tipo de violencia y no siguieron el tratamiento.

La **décima hipótesis** afirma que los sujetos del grupo experimental presentarán al final del tratamiento y en el seguimiento una menor tasa de pensamientos distorsionados sobre los roles sexuales y sobre la violencia como forma aceptable de resolver conflictos que los sujetos del grupo de control clínico.

Algunos estudios han demostrado la eficacia del tratamiento de las personas violentas hacia la pareja en la mejora de las distorsiones cognitivas relacionadas con la mujer y/o con la violencia, tanto en el ámbito comunitario (Echeburúa, Sarasúa, et al., 2009; Novo et al., 2012) como en prisión (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009; Echeburúa et al., 2006).

En este estudio los resultados indican que, tanto en el postratamiento como en el seguimiento, no existen diferencias entre los dos grupos en los pensamientos distorsionados tanto sobre la mujer como sobre el uso de la violencia.

Por lo tanto, **no se confirma la décima hipótesis**, ya que no existen diferencias significativas entre los grupos experimental y de control 1 en los pensamientos distorsionados sobre la mujer y sobre la violencia, tanto en el postratamiento como en el seguimiento.

La **undécima hipótesis** plantea que los sujetos del grupo experimental presentarán al final del tratamiento y en el seguimiento menor comorbilidad psicopatológica que los sujetos del grupo de control clínico.

En este estudio las medidas al final del tratamiento indican que, aunque todos los síntomas de malestar psicológico puntúan más alto en el grupo de control 1, existe significación estadística sólo en la *ansiedad fóbica*. Tampoco hay diferencias significativas entre los dos grupos en el seguimiento.

De este modo, no pueden confirmarse los resultados de diferentes estudios que han mostrado la eficacia del tratamiento de las personas violentas hacia la pareja en la disminución de la sintomatología psicopatológica, tanto en el ámbito comunitario (Echeburúa, Sarasúa, et al., 2009; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1998) como en prisión (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009; Echeburúa et al., 2006).

No se confirma, por ello, **la undécima hipótesis**, ya que, aunque existen mayores síntomas psicopatológicos en el grupo de control 1 que en el experimental, tanto en el postratamiento como en el seguimiento, estas diferencias no son significativas. Sólo se cumple esta hipótesis en el caso de la variable *ansiedad fóbica* en el postratamiento.

La **décimosegunda hipótesis** del estudio afirma que los sujetos del grupo experimental presentarán al final del tratamiento y en el seguimiento

mayor capacidad empática, menor impulsividad, menores niveles de ira y una menor afectación en las diferentes áreas de su vida cotidiana que los sujetos del grupo de control clínico.

Existen diferentes estudios que han mostrado la eficacia que tiene el tratamiento de las personas violentas hacia la pareja en el aumento de la capacidad empática (Echeburúa, Sarasúa, et al., 2009), o en la disminución de la impulsividad (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009) o de la ira (Easton y Sinha, 2002; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009; Echeburúa et al., 2006).

En el presente estudio se ha encontrado que en las medidas al final del tratamiento el grupo experimental presenta mayor capacidad empática, muestra menor impulsividad en la subescala improvisación pero no así en la escala global ni en las demás subescalas, y no presenta diferencias respecto del grupo de control 1 en la ira ni en la inadaptación en las diferentes áreas de la vida cotidiana. En el seguimiento no existe diferencia significativa en ninguna de las 4 variables correspondientes a esta hipótesis.

Por lo tanto, **la décimosegunda hipótesis no se cumple en su mayor parte; sólo se cumple parcialmente**, ya que el grupo experimental muestra mayor empatía y menor impulsividad en la subescala *improvisación* en el postratamiento, pero no hay diferencias en ese momento en la ira ni en la inadaptación, ni existen en el seguimiento diferencias significativas en ninguna de las cuatro variables mencionadas en esta hipótesis.

6. DISCUSIÓN

En la primera parte de este apartado se comentan los aspectos más relevantes de este estudio en relación con los tres objetivos generales de la investigación llevada a cabo. Estos objetivos son, en primer lugar, establecer la tasa de prevalencia de conductas violentas contra la pareja entre los usuarios drogodependientes del programa Proyecto Hombre Navarra. En segundo lugar, determinar si existe un perfil diferencial entre los usuarios con y sin conductas violentas hacia la pareja. Y, en tercer lugar, evaluar la efectividad de un programa de intervención cognitivo-conductual para la violencia contra la pareja en personas en tratamiento por su adicción a sustancias.

A continuación se desarrollan los comentarios referentes a las variables predictoras de éxito terapéutico encontradas en el estudio, así como otras consideraciones y conclusiones importantes obtenidas en el mismo.

Para finalizar, se señalan las principales limitaciones y fortalezas con las que se ha contado en la realización de la investigación, así como algunos aspectos que pueden ser tenidos en cuenta en futuras investigaciones relacionadas con ésta.

6.1. PREVALENCIA Y DESCRIPCIÓN DE LA VIOLENCIA HACIA LA PAREJA

La tasa de violencia hacia la pareja encontrada en este estudio llevado a cabo con personas en tratamiento por su abuso de sustancias es del 33,6%. En el caso de los hombres dicha tasa es del 24,2% y en el de las mujeres del 63,3%. Este resultado confirma los resultados de estudios previos que describen la relación existente entre ambos fenómenos: la violencia hacia la pareja y el consumo abusivo de alcohol y/u otras drogas (Amor et al., 2010; Moore et al., 2008; Muñoz-Rivas et al., 2010; Stuart et

al., 2008; Thomas y Bennett, 2009). No existen demasiados datos de referencia para comparar la tasa encontrada en este estudio con la que se da en la población general, ya que la mayoría de los estudios realizados se ha centrado en describir las tasas de victimización, y no tanto de comisión de este tipo de violencia. Pese a ello, con la información de la que se dispone (Easton et al., 2000; Klostermann et al., 2010; O'Farrell y Murphy, 1995; Stuart et al., 2003; Taft, O'Farrell, et al., 2010), se puede afirmar que las conductas violentas contra la pareja son un fenómeno de alta prevalencia entre los pacientes en tratamiento por su drogadicción o abuso de sustancias. En este estudio se confirma dicha alta prevalencia. Por ello parece importante tener en cuenta ese fenómeno en dicho colectivo.

Un tema que se encuentra en continua revisión, y que ha adquirido fuerza en los últimos años, es el estudio de las mujeres como agresoras en la pareja. Aunque inicialmente se asociaba la violencia en la pareja con un patrón de agresor masculino y víctima femenina (Carney et al., 2007; Pagelow, 1992), cada vez más estudios inciden en la presencia de violencia hacia la pareja en la que la persona agresora es la mujer (Dixon et al., 2012; Dutton, 2012; Straus, 1999); algunos de ellos hacen hincapié en las características diferenciales de este tipo de violencia (Archer, 2002; Torres y Espada, 1996). En este trabajo se ha obtenido la información correspondiente a las mujeres en tratamiento por problemas con el consumo de drogas como agresoras. Como se ha señalado, casi dos tercios de ellas han tenido episodios de violencia hacia sus parejas. Este dato indica que la violencia hacia la pareja es un fenómeno más prevalente en la mujeres que en los hombres drogodependientes, en la línea de estudios que obtienen similares resultados en la población no drogodependiente (Archer, 2000).

En la interpretación de esta alta tasa de violencia hacia la pareja en las mujeres se hace necesario hacer referencia al perfil de mujeres de las que hablamos, así como al tipo de violencia ejercida y el contexto en que ésta se da. Las mujeres atendidas en programas para drogodependientes suelen responder a un perfil de mayor gravedad que el de los hombres (Fernández-Montalvo, López-Goñi, Azanza y Cacho, en prensa). En el

ámbito de la pareja, si bien el consumo de drogas genera mayor conflictividad en general y más episodios de violencia en la pareja cuando es el hombre quien consume, en el caso de las mujeres consumidoras la conflictividad es mayor. En gran parte de los casos se trata de parejas en las que tanto el hombre como la mujer son consumidores; es raro encontrar parejas en las que la mujer sea consumidora y el hombre no lo sea. Tal como se ha podido constatar en las entrevistas llevadas a cabo con las mujeres de este estudio, las mujeres drogodependientes y/o alcohólicas tienen en una alta proporción unas relaciones de pareja especialmente problemáticas en el contexto del consumo por parte de ambos miembros. Dichas relaciones se caracterizan por presentar violencia de pareja mutua. Es decir, podemos hablar de relaciones de pareja en las que la mujer se convierte a la vez en agresora y en víctima, llegando a menudo a situaciones en las que la magnitud o frecuencia de dicha violencia no es igual o proporcionada por parte de ambos.

Por ello, debe interpretarse con precaución el dato de la alta prevalencia encontrada en las mujeres consumidoras. La mayor parte de ellas ha vivido relaciones de pareja en el contexto del consumo de drogas, en las que han tenido lugar episodios de violencia mutua, muchas veces asociados a los propios efectos del consumo de sustancias. Algo parecido han encontrado Palmetto et al. (2013), cuando señalan que en el caso de las mujeres son más frecuentes episodios con violencia bidireccional o mutua que aquellos con un autor y una víctima en un sentido único, con una frecuencia de la mujer "sólo agresora" mayor que la de "sólo víctima". En estos casos nos encontramos con personas con quienes probablemente se hace necesario trabajar en dos líneas: el control de las respuestas violentas en el ámbito de la pareja como agresoras, y el desarrollo de habilidades de afrontamiento de la violencia como víctimas.

Tanto en el caso de los hombres como de las mujeres, el tipo de violencia encontrado en este estudio no se corresponde con el de maltrato tal como tradicionalmente se ha entendido (Boira y Marcuello, 2013; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1999; Murphy y O'Leary, 1989; Straus, 1983). En la gran mayoría de casos, el patrón de violencia hacia la pareja

ha sido más esporádico, y normalmente asociado tanto en su frecuencia como en su intensidad a los episodios de consumo y/o dependencia de las sustancias. Esto parece encajar bastante bien con el perfil de persona toxicómana, que se caracteriza por presentar una gran desestructuración a nivel personal y en distintas áreas de su vida, especialmente la relación de pareja. Por ese motivo en el presente estudio se habla de *personas con conductas violentas hacia la pareja*, huyendo del término *maltratadores*.

Los criterios diagnósticos utilizados en este estudio para valorar la existencia de violencia hacia la pareja han sido, por orden de frecuencia, la *impresión clínica fundamentada por parte del terapeuta*, la *puntuación positiva en la escala CTS-2*, el *reconocimiento del paciente* y *tener órdenes de alejamiento y/o denuncias por delitos relacionados con la violencia hacia la pareja*. Pese a que el instrumento diagnóstico objetivo más adecuado a priori para determinar la existencia de violencia de pareja es el *CTS-2*, en este estudio se han aprovechado dos herramientas complementarias para dicha determinación. Por un lado, la entrevista presencial y exhaustiva con el propio paciente ha permitido que en muchos casos el propio relato y diálogo establecido con él hayan permitido al evaluador detectar y registrar dichas conductas. Por otro lado, la impresión terapéutica fundada por parte del equipo terapéutico que atiende a los pacientes drogodependientes ha resultado fundamental. La información obtenida por ambos medios ha permitido completar y, en muchos casos matizar, la propia del cuestionario *CTS-2* en el que se registran las conductas violentas. Algunas limitaciones que se han detectado en dicho instrumento al aplicarlo al estudio, tales como la consideración que hace de la violencia psicológica y la confusión que genera algún ítem, se han visto superadas por estas dos fuentes de información complementarias.

6.2. PERFIL DIFERENCIAL DE LOS ADICTOS CON Y SIN VIOLENCIA HACIA LA PAREJA

Los sujetos que han participado en este estudio ($N = 162$) fueron divididos en tres grupos, en función de la presencia o no de violencia hacia la pareja y del tratamiento recibido o no. Así, el grupo experimental ($n = 34$) estuvo compuesto por los sujetos con violencia hacia la pareja que recibieron el tratamiento cuya eficacia se estudia en esta investigación. El resto de sujetos, que no recibieron dicha intervención, fueron asignados al grupo de control 1 ($n = 36$), formado por sujetos también con violencia hacia la pareja, y al grupo de control 2 ($n = 92$), constituido por sujetos sin violencia hacia la pareja.

En la comparación realizada entre los sujetos que en el momento de la evaluación inicial pretratamiento presentaron una historia de conductas violentas hacia la pareja (correspondientes a los grupos experimental y de control 1) y aquellos sin dichas conductas (grupo de control 2), se han encontrado diferencias significativas en el perfil de ambos grupos.

La proporción de hombres y mujeres es diferente en ambos grupos. La proporción de mujeres es mucho mayor (41,4%) entre los usuarios drogodependientes que presentan violencia hacia la pareja que en el grupo de sujetos sin violencia hacia la pareja (15,2%). Esta diferencia según el sexo en ambos grupos confirma el resultado, ya discutido anteriormente, que muestra la mayor tasa de violencia hacia la pareja en mujeres que en hombres drogodependientes.

Aunque este resultado no alcanza significación estadística, los sujetos con violencia hacia la pareja consumen en mayor medida cocaína (43,9%) que los sujetos sin violencia (35,7%), mientras que los sujetos sin violencia hacia la pareja tienen mayor proporción de consumo de alcohol (38,1%) que quienes presentaban violencia (25,8%). Parece encontrarse una cierta relación entre la violencia de pareja y el tipo de consumo, existiendo una mayor asociación entre la comisión de violencia hacia la pareja y el consumo de drogas estimulantes, en la línea de otros estudios anteriores

(Moore y Stuart, 2004, 2005; Stuart et al., 2008). Parece lógico pensar que el efecto de las drogas estimulantes pueda influir en este tipo de conductas violentas, ya que entre los efectos estimulantes del sistema nervioso central se encuentran los cambios bruscos de humor y la agitación psicomotriz, entre otros (Arteaga, 2008). Estas consecuencias del consumo parecen guardar una relación directa con la conducta violenta, de modo que apuntan a la mayor presencia de consumo de cocaína en la persona agresora encontrada en otros estudios llevados a cabo sobre la violencia de pareja.

Respecto a las puntuaciones que obtienen ambos grupos en la evaluación de necesidad de tratamiento, llevada a cabo mediante el *EuropASI*, el grupo con violencia hacia la pareja presenta una situación más deteriorada como efecto del consumo de sustancias, con diferencias significativas en las áreas médica, de consumo de drogas y familiar. En esta última se encuentra incluida el ámbito de la pareja. Parece existir, por lo tanto, cierta relación entre los usuarios que presentan mayor deterioro en dichas áreas como consecuencia del consumo y la violencia hacia la pareja.

En la misma línea, los sujetos con violencia previa hacia la pareja presentan mayores síntomas psicopatológicos y de alteración de la personalidad. Por un lado, tienen un mayor *Índice Global de Severidad* en el *SCL-90-R*, así como puntuaciones más altas en *sensibilidad interpersonal*, *depresión*, *hostilidad* y *psicoticismo*. Por otro lado, presentan en el *MCMI-III* una mayor dependencia tanto al alcohol como a otras drogas. En la línea de los resultados obtenidos en el *EuropASI*, estos resultados indican una alta relación entre mayor dependencia y desestructuración personal debida al consumo y la comisión de violencia hacia la pareja. El mismo instrumento de medida arroja resultados que indican que las personas con conductas violentas contra la pareja presentan mayores puntuaciones en *personalidad antisocial*, *agresiva (sádica)*, *negativista (pasivo-agresiva)*, *paranoide*, *trastorno de estrés postraumático* y *trastorno delirante*.

Los sujetos con violencia hacia la pareja tienen mayores niveles de *ira-rasgo*, lo cual parece lógico, al tratarse de un estudio de conductas agresivas, en la línea de lo que recogen otros estudios que relacionan

dichas conductas con la ira de la persona agresora (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998; Novo et al., 2012; Wolfe et al., 2004).

Por último, el grado de afectación en las diferentes áreas de la vida cotidiana como consecuencia del consumo de drogas, evaluado mediante la *Escala de Inadaptación*, es mayor en el grupo con violencia hacia la pareja, en las áreas de *trabajo y pareja*.

Resumiendo, tal como se refleja en los diferentes resultados de la comparación realizada entre ambos grupos, cuanto mayor gravedad en la adicción a las sustancias, mayor desestructuración en otras áreas personales como consecuencia del consumo (medida en la necesidad de tratamiento en distintas áreas y en el grado de afectación debido al consumo de diferentes áreas), mayor perfil psicopatológico y alteraciones de personalidad y mayores niveles de ira como variable de personalidad presenten los sujetos en tratamiento por su consumo de drogas, más probable es la presencia de conductas violentas hacia la pareja en dichas personas.

Estos resultados ofrecen la posibilidad de poder detectar de modo más certero la presencia de personas agresoras hacia la pareja en los dispositivos de tratamiento para el abuso de drogas. Parece importante contar con estos datos referentes al perfil de las personas dependientes de drogas con violencia hacia la pareja, de cara a afinar lo más posible en el diagnóstico y en la detección de las conductas agresivas hacia la pareja en la población que inicialmente acude a tratamiento por su consumo, pero en cuyo tratamiento resulta fundamental detectar y tratar dichas conductas agresivas.

6.3. EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LA VIOLENCIA HACIA LA PAREJA

6.3.1. Comparación entre los dos grupos con conductas violentas antes del tratamiento

Tal como se ha explicado en el apartado de *procedimiento*, en este estudio ha existido un problema para poder disponer de un grupo de control 1 que pudiera compararse con el grupo experimental, de cara a obtener conclusiones tras el tratamiento llevado a cabo con éste. La asignación de los sujetos con violencia hacia la pareja a los grupos experimental y de control 1 no ha sido totalmente aleatoria; existe un sesgo de elección que debe tenerse en cuenta al interpretar los resultados obtenidos. Aunque la propuesta de pertenecer a un grupo u otro se realizó siguiendo un diseño aleatorizado, en los casos en que los sujetos rechazaron recibir el tratamiento, y por lo tanto pertenecer al grupo experimental, hubo una reasignación de sujetos del grupo experimental al grupo de control 1, y viceversa. Aunque todos ellos pertenecen al grupo de usuarios que han ejercido violencia hacia sus parejas, probablemente en el propio rechazo o aceptación del tratamiento se introducen ya sesgos que deben ser tenidos en cuenta.

Al comparar ambos grupos y comprobar su homogeneidad antes del tratamiento, no existen diferencias entre ellos en las siguientes variables: edad, nivel de estudios, puntuaciones del nivel de gravedad y necesidad de tratamiento para la adicción, pensamientos distorsionados, variables psicopatológicas y de trastornos de personalidad, ira, empatía, impulsividad e inadaptación. Sin embargo, sí existen diferencias significativas en: sexo, estado civil, tipo de consumo y subescala interés empático.

Respecto al sexo, existe una mayor proporción de mujeres en el grupo de control 1, lo cual parece mostrar, teniendo en cuenta el sesgo ya indicado en la distribución no aleatoria de los sujetos entre los grupos

experimental y de control 1, una mayor resistencia de las mujeres a la hora de aceptar participar en el tratamiento.

Con respecto a la edad, no existe una diferencia estadísticamente significativa en la edad media de ambos grupos. No obstante, la diferencia entre las edades medias de ambos grupos es de casi 4 años, siendo más jóvenes los sujetos del grupo de control 1. Teniendo en cuenta que el grupo experimental está formado por personas que aceptaron participar en el tratamiento, y que los sujetos que no aceptaron participar en el mismo forman parte del grupo de control 1, estos datos parecen indicar una tendencia a una mayor adherencia al tratamiento cuanto mayor es la edad de los sujetos.

El estado civil, que presenta diferencias entre ambos grupos, muestra cómo el 80% de quienes pertenecen al grupo de control 1 son solteros, frente al 43,8% de solteros entre las personas que aceptaron el tratamiento. Más de la mitad de estos, por lo tanto, estaban casados o lo habían estado con anterioridad. Parece, por lo tanto, que la existencia de una pareja con un cierto compromiso legal, tanto en ese momento como si lo ha habido en el pasado, aumenta también la motivación para el tratamiento en los sujetos estudiados.

Respecto al consumo que motivó el tratamiento para el abuso de sustancias, el grupo experimental, formado por personas motivadas para recibir el tratamiento para la violencia hacia la pareja, tiene un consumo más alto de alcohol, mientras que el grupo de control 1, varios de cuyos sujetos rechazaron recibir dicho tratamiento, presenta un consumo principal de estimulantes. Según estos datos, en este estudio se aprecia una mayor facilidad para aceptar el tratamiento entre los consumidores de alcohol, y mayor resistencia entre los consumidores de cocaína.

Resulta relevante la diferencia entre ambos grupos en las variables consideradas como más importantes, es decir, en las conductas violentas medidas mediante el *CTS-2*. El grupo de control 1 presenta puntuaciones más altas en variables como agresión física grave y lesiones (ésta última,

aunque no significativa estadísticamente, si muy relevante), que indican una mayor gravedad en la violencia. Este dato parece indicar que probablemente ha quedado fuera del grupo experimental, y por lo tanto del tratamiento, una mayor proporción de las personas con mayor gravedad en sus conductas violentas. Es importante tener en cuenta esta falta de homogeneidad en cuanto a la gravedad de la violencia entre ambos grupos.

En todas las variables del *SCL-90-R* el grupo de control 1 ofrece mayores puntuaciones que el grupo experimental, aunque esta diferencia no llega a tener significación estadística. Estos datos parecen indicar que las personas que no aceptaron participar en el tratamiento presentan un mayor sintomatología psicopatológica, en comparación con quienes sí participaron.

Respecto al grado de afectación de las distintas áreas de la vida debido al consumo de sustancias, en la *Escala de Inadaptación* no aparecen diferencias significativas entre los dos grupos. Sin embargo, en todas las áreas, excepto en la laboral, el grupo experimental obtiene puntuaciones más altas que el grupo de control 1. Los sujetos que admitieron participar en el tratamiento para la violencia hacia la pareja tienen una mayor conciencia de afectación o problema, siendo esta percepción especialmente alta en el área de la pareja. Parece existir, por lo tanto, una relación entre conciencia de afectación en distintas áreas (especialmente la de la pareja) y adherencia al tratamiento para la violencia hacia la pareja.

Resumiendo los datos anteriores, la falta de homogeneidad completa entre los dos grupos con violencia previa se presenta como una dificultad para obtener conclusiones a partir de la comparación de ambos. Sin embargo, introduce un aspecto interesante: permite, de modo no esperado en el diseño inicial de este estudio, conocer algunas características diferenciales que en parte pueden dar un idea de qué tipo de personas pueden tener una mayor adherencia inicial al tratamiento de la violencia hacia la pareja en la población drogodependiente en tratamiento. Resultan más resistentes a iniciar el tratamiento las mujeres, las personas más jóvenes, solteras, consumidoras de cocaína, con episodios previos de

violencia más grave, con mayores síntomas de malestar psicopatológico y con menor conciencia de afectación de su vida por el consumo de drogas.

6.3.2. Comparación después del tratamiento y en el seguimiento

Los resultados de la evaluación realizada al finalizar el tratamiento indican que las personas que recibieron el tratamiento obtuvieron en el momento de la finalización del mismo mejores resultados que quienes no lo recibieron en las variables empatía (global y aflicción personal), impulsividad (improvisación) y en la escala ansiedad fóbica de los síntomas de malestar psicológico. En el resto de variables evaluadas en el estudio no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

Respecto a la evaluación de seguimiento, el resultado más relevante e importante, ya que se refiere a la variable sobre la cual se quiere incidir mediante el programa de tratamiento aplicado, es el de la comisión de conductas violentas hacia la pareja en el período transcurrido entre el postratamiento y el seguimiento realizado a los 6 meses, es decir, la reincidencia en la conducta sobre la que se quiere incidir. Dicha reincidencia es mayor en el caso de los sujetos que no recibieron el tratamiento. Por lo tanto, según dicho resultado, el tratamiento aplicado para la violencia hacia la pareja con pacientes en tratamiento por su abuso de drogas ha mostrado su eficacia en la disminución de dichas conductas tras 6 meses de su finalización. Los niveles de reincidencia encontrados en el grupo tratado se asemejan a los de estudios anteriores (Gondolf y White, 2001; Klein y Tobin, 2008).

No existen diferencias estadísticamente significativas entre quienes recibieron el tratamiento y quienes no en las demás variables evaluadas (pensamientos distorsionados, sintomatología psicopatológica, empatía, ira, impulsividad e inadaptación). Debido al pequeño tamaño muestral de uno de los grupos, aunque se aprecian algunas diferencias importantes entre ambos grupos, con menores niveles de ira, impulsividad e inadaptación en

los sujetos del grupo experimental, no se puede llegar a conclusiones respecto a dichas variables. En concreto, fue difícil conseguir realizar dicha evaluación de seguimiento con los sujetos del grupo de control 1, varios de cuyos integrantes ya habían rechazado anteriormente participar en el tratamiento.

Respecto a los datos obtenidos al comparar los tres grupos en la última evaluación, realizada en el seguimiento a los 6 meses de finalizar el tratamiento, los resultados obtenidos en los análisis estadísticos realizados (ANOVA y análisis post-hoc) fueron limitados, debido al pequeño tamaño muestral ya mencionado de uno de los grupos. Por ese motivo se realizó un análisis de medidas repetidas y el cálculo del tamaño del efecto de los cambios en las variables estudiadas, de cara a obtener conclusiones más válidas. A continuación se discuten los resultados obtenidos en ambos análisis.

Los pensamientos distorsionados sobre la mujer disminuyeron significativamente en el grupo experimental, aunque hay que resaltar que el tamaño del efecto es bastante similar al del grupo de control 1, y el de ambos superior al del grupo de control 2. Ambos grupos con violencia previa hacia la pareja han mejorado en los pensamientos sobre la mujer, aunque es el grupo que ha recibido el tratamiento el que lo ha hecho de forma estadísticamente significativa.

En el caso de los pensamientos distorsionados sobre la violencia como forma de resolver los conflictos, los sujetos con violencia previa no tratados (grupo de control 1) mejoraron menos que quienes recibieron el tratamiento. Curiosamente, los sujetos sin violencia de pareja previa (grupo de control 2) fueron los que mayor mejoría experimentaron. Probablemente estos sujetos, que no presentaban violencia previa hacia la pareja, sí que tenían una tasa alta de otros tipos de violencia que suelen estar presentes en las personas drogodependientes, tal como se describe en diferentes estudios que asocian el consumo de drogas con las conductas delictivas, y en concreto las conductas violentas (Clements y Schumacher, 2010; Fernández-Montalvo, López-Goñi, et al., 2011, 2012; Moore et al., 2008).

Por ello, el propio tratamiento para la drogadicción parece haber conseguido esta disminución significativa en la distorsión de los pensamientos relacionados con la violencia, ya que se trata de un área que se trabaja a lo largo del tratamiento estándar para las adicciones. En el otro extremo, los sujetos con violencia de pareja no tratados parecen ser los más resistentes a reelaborar y cambiar dichos pensamientos distorsionados en relación a la violencia.

Respecto a la sintomatología psicopatológica, los tres grupos del estudio tienen una mejora significativa. Según este resultado, el tratamiento para la drogodependencia parece tener un efecto importante en la disminución de los mismos, consiguiendo tamaños del efecto en torno a 0,50 en el *Índice Global de Gravedad* del *SCL-90-R* en los tres grupos. El grupo de control 1 es el que mayor mejora tiene en la disminución de la intensidad de los síntomas. Este grupo fue el que inicialmente mayores síntomas de malestar psicológico presentó u, por lo tanto, el que mayor “margen de mejora” presentaba a priori. Según estos datos, no parece que el tratamiento específico para la violencia hacia la pareja produzca un efecto mayor en la disminución de dichos síntomas. Por lo tanto, el tratamiento para la drogadicción, de mayor duración e intensidad, parece ser la intervención que mayor influencia tiene en la mejoría general de los síntomas psicopatológicos.

La evolución de los sujetos respecto a la capacidad empática muestra cómo los tres grupos experimentan una ligera mejoría en la misma, aunque sin significación estadística. La subescala *perspectiva empática* del *IRI* muestra una disminución en las puntuaciones en los tres grupos, especialmente en el experimental. Por otro lado, este grupo, formado por las personas que recibieron el tratamiento para la violencia, muestra el mayor tamaño del efecto en la variable *aflicción personal*, que aumenta en los tres grupos estudiados. Según estos datos, el tratamiento específico para la violencia de pareja no parece introducir cambios de modo diferencial en la capacidad empática de los sujetos, más allá de los que obtienen el resto de sujetos en tratamiento para la drogodependencia.

Hay que señalar que la intervención realizada con los usuarios drogodependientes en la Fundación Proyecto Hombre Navarra incide en el fortalecimiento de sus habilidades asertivas, y que en muchos casos se hace un trabajo orientado a retomar la propia responsabilidad, a la toma responsable de decisiones y a “no ponerse tanto en el lugar de los otros”, en el caso de personas en las que la falta de criterio personal y de autoestima están relacionadas con el problema con el consumo. Este perfil de personas dependientes de sustancias es relativamente frecuente en los programas de tratamiento. Es posible que este enfoque en el trabajo esté relacionado con la disminución en la perspectiva empática. Por otro lado, el trabajo en el área afectiva, dirigido a adquirir habilidades para la gestión de las propias emociones, propio de los programas de dicha Fundación, incide en identificar y aprender a afrontar situaciones relacionadas con estados emocionales diversos, entre ellos el sufrimiento tanto propio como ajeno. En el caso de la violencia de pareja se trata de una variable muy importante, de cara a identificar los estados emocionales en la otra persona.

El tratamiento para la violencia hacia la pareja parece tener un efecto importante en la ira como variable de personalidad de los sujetos estudiados. Mientras que la *ira-estado* disminuye entre el pretratamiento y el seguimiento de modo significativo en los sujetos con violencia que recibieron el tratamiento y en los sujetos sin violencia inicial, la ira como rasgo de personalidad muestra una disminución significativa sólo en el grupo experimental. El tamaño del efecto del tratamiento en esta variable es importante y significativo en el grupo de sujetos con violencia hacia la pareja que han recibido tratamiento para el mismo, y no así en los otros dos grupos.

Probablemente tenga relación con esta importante mejoría en la ira el trabajo en el tratamiento aplicado para la violencia contra la pareja. En él se pone especial énfasis en el trabajo de identificación de pensamientos distorsionados relacionados con la ira, dedicando especial atención al aprendizaje y entrenamiento en las técnicas de reestructuración cognitiva. Además de aplicarlas a la reestructuración de pensamientos distorsionados sobre la mujer y sobre la violencia, se trabajan aquellos relacionados con

los celos y la ira. Ambos temas se trabajan de forma específica en el tratamiento aplicado en esta investigación.

Entre los sujetos que inicialmente presentaban violencia hacia la pareja, tanto los sujetos que recibieron el tratamiento como aquellos que no, tuvieron una disminución significativa en su impulsividad total. El tamaño del efecto es moderado-alto en ambos grupos con violencia, siendo mayor en el grupo de control 1. Sin embargo, adopta valores negativos en el grupo de control 2, es decir, los sujetos que no presentaban violencia de pareja inicialmente han aumentado ligeramente, aunque no de modo significativo, sus puntuaciones en impulsividad total. Respecto a las diferencias en la evolución de las mejorías en esta variable según los momentos de evaluación, los sujetos que recibieron el tratamiento mejoran más en el período pretratamiento-postratamiento, mientras que los sujetos con violencia de pareja que no lo recibieron mejoran más en el período postratamiento-seguimiento. Parecida evolución tiene lugar con las subescalas del *BIS-10*, instrumento utilizado para evaluar la impulsividad. Según esto puede concluirse que la intervención tiene un efecto directo a corto plazo, con mejorías sustanciales en el momento de finalización del tratamiento, aunque a medio plazo los niveles de impulsividad tienden a igualarse con los de quienes no han recibido dicha intervención.

La inadaptación, entendida como el grado en que la situación problemática que llevó a los sujetos a acudir al tratamiento para la adicción afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana, disminuye significativamente en los tres grupos. El tamaño del efecto es muy alto, con valores por encima de 1 en casi todas las áreas. Este dato refleja la eficacia del programa de tratamiento para la drogodependencia en la mejora de la calidad de vida y satisfacción de los sujetos con su situación personal en las diferentes áreas de su vida. Cabe destacar que esta mejora es mayor en el grupo de sujetos que han recibido el tratamiento adicional para la violencia hacia la pareja. El tamaño del efecto, muy alto en todos los grupos, es mayor en el grupo experimental. Según esto, el grupo que ha recibido el tratamiento adicional tiene unas mejores condiciones generales y un menor grado de afectación de las diferentes áreas de su vida que los dos grupos de

control. Curiosamente ha pasado de ser el grupo con mayor inadaptación en el pretratamiento a tener la inadaptación más baja en el seguimiento.

Resulta de interés analizar los resultados referidos a la subescala *inadaptación pareja*, de la propia *Escala de Inadaptación*. Los tres grupos estudiados mejoran significativamente en la relación de pareja entre el pretratamiento y el seguimiento. En concreto, los sujetos que aceptaron participar en el tratamiento cuya eficacia se está evaluando presentaron antes del mismo las máximas puntuaciones en la inadaptación en el área de *pareja*. Probablemente esto tiene que ver con la mayor conciencia de problema por parte de dichos sujetos en dicho área, que identifican como conflictiva en mayor medida que el resto de sujetos, influyendo este hecho en que acepten participar en el tratamiento que se les propone. Por otro lado, dichos sujetos son los que mayor mejora presentan en dicha área, con el mayor tamaño del efecto de los tres.

6.4. PREDICTORES DE ÉXITO TERAPÉUTICO

La última parte de los resultados obtenidos en este estudio se refiere a las variables predictoras de éxito o fracaso del tratamiento aplicado. Se ha calculado, mediante regresión logística con las variables evaluadas en el estudio, cuáles de ellas pueden ser buenos indicadores o predictores de reincidencia en la comisión de violencia hacia la pareja en el seguimiento. Se ha tomado este momento del seguimiento como el más adecuado para medir dicha reincidencia, ya que es el momento de la última evaluación llevada a cabo. En él se ha evaluado, además de otras variables, la presencia o no de conductas violentas hacia la pareja tras la aplicación del programa.

Las dos variables que predicen la presencia de violencia hacia la pareja en el seguimiento en la población drogodependiente en tratamiento por su adicción son, por orden de poder predictivo, la pertenencia al grupo de control 1 y la gravedad en el área *alcohol* del EuropASI. En este caso, aquellos pacientes de un dispositivo de tratamiento para las adicciones con

una mayor puntuación en el área de *alcohol* son más susceptibles de tener violencia hacia la pareja tras un año aproximadamente del inicio de su tratamiento para la adicción, momento que más o menos suele coincidir con el final de dicho tratamiento. Y, por otro lado, ante una posible clasificación de los usuarios de dicho dispositivo en sujetos con violencia hacia la pareja y sin violencia, aquellos del primer grupo con más resistencias a priori a hacer un trabajo específico sobre la misma tendrían mayor probabilidad de haber cometido de nuevo violencia hacia la pareja transcurrido ese período de aproximadamente un año. Esta conclusión se obtiene teniendo en cuenta la característica diferencial de los sujetos de los grupos experimental y de control 1, respecto a la distinta motivación de unos a otros a participar en un tratamiento específico de la violencia de pareja, ya explicada repetidamente a lo largo de este trabajo.

Si se considera el grupo de sujetos que inicialmente presentan conductas de pareja, es decir, los sujetos asignados a los grupos experimental y de control 1, se puede afirmar que hay dos variables que pueden dar una pista sobre mayor probabilidad de comisión de violencia con posterioridad. Se trata del sexo y de la capacidad empática total, esta última tanto al inicio del tratamiento como en la evaluación realizada a la finalización del mismo. Ser mujer y tener una menor capacidad empática, en el caso de los usuarios drogodependientes que han cometido anteriormente violencia hacia la pareja, son dos variables predictoras de reincidencia en este tipo de violencia.

Al considerar el grupo de los sujetos que en la evaluación pretratamiento presentaban conductas violentas hacia la pareja y que han recibido el tratamiento, es decir, el grupo experimental, se repite como variable predictora de reincidencia en la violencia hacia la pareja la baja capacidad empática antes del tratamiento y a la finalización del mismo. Según este dato, en el caso de personas en tratamiento por su adicción que presentan antecedentes de violencia hacia la pareja y que reciben un tratamiento cognitivo-conductual específico para la misma, aquellas con menor capacidad empática inicial y aquellas con menor capacidad empática

tras el tratamiento son más susceptibles de volver a cometer violencia hacia la pareja.

Resumiendo lo anterior, y respondiendo al título de este epígrafe, se puede afirmar que las variables predictoras de éxito en la disminución de conductas violentas hacia la pareja tras el tratamiento específico aplicado para conseguir dicho cese o disminución en población drogodependiente en tratamiento, son las siguientes. En el caso de los usuarios de dicho dispositivo de tratamiento del abuso de sustancias, la baja puntuación en el área *alcohol* del EuropASI y la no pertenencia al hipotético grupo de usuarios con violencia hacia la pareja que no están dispuestos a recibir tratamiento para la misma son los dos predictores de éxito encontrados. Las variables de éxito encontradas en el grupo de sujetos que presentan inicialmente violencia hacia la pareja son tener sexo masculino y tener una mayor capacidad empática, tanto al inicio como a la finalización del tratamiento específico para dicha violencia. Y por último, en el caso de los sujetos con violencia hacia la pareja que reciben un tratamiento para la misma, la variable predictora es también la mayor capacidad empática, tanto al inicio como a la finalización del tratamiento.

6.5. OTRAS CONSIDERACIONES A MODO DE RESUMEN

La presente investigación se ha llevado a cabo con sujetos en tratamiento por su adicción a sustancias que presentaban violencia hacia su pareja y que han recibido un tratamiento cognitivo-conductual. Este tratamiento (Echeburúa et al., 2002; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998) ha sido puesto a prueba y evaluado con anterioridad en otros dispositivos ajenos a los programas de atención a drogodependientes, tales como la prisión (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009; Echeburúa et al., 2003, 2006), la consulta ambulatoria o las medidas alternativas al ingreso en prisión (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997; Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta, Amor y Corral, 2010; Echeburúa, Sarasúa, et al., 2009; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1998), y con colectivos específicos como el inmigrante (Echauri et al., 2013). Dichos sujetos han sido comparados

con los sujetos en tratamiento por su consumo de sustancias pero sin violencia hacia la pareja y con los sujetos con violencia hacia la pareja que no han recibido tratamiento específico para la misma. El principal objetivo del estudio ha sido poder establecer la eficacia del tratamiento aplicado.

Los resultados obtenidos indican que el propio programa de intervención para la drogodependencia o el abuso de sustancias tiene en sí mismo efectos positivos en las variables estudiadas. Tal como se ha puesto de manifiesto en diversos estudios (Klostermann et al., 2010; O'Farrell, Fals-Stewart, Murphy y Murphy, 2003; Stuart, Moore, Kahler, et al., 2003; Stuart, O'Farrell y Temple, 2009), el tratamiento estándar para la drogadicción parece producir mejoras importantes en la mayor parte de las variables relacionadas con la violencia de pareja. Así, los pensamientos distorsionados en relación al uso de la violencia han disminuido en todos los sujetos del estudio, así como los síntomas de malestar psicológico. También la *ira-estado* ha disminuido en todos ellos, reflejando una mayor capacidad de gestión adecuada de los conflictos y un mayor control en el área emocional. El cambio más intenso se detecta en los niveles de inadaptación: tras el paso por el tratamiento para el abuso de drogas, el nivel de afectación de las distintas áreas vitales (laboral, social, familiar, tiempo libre, pareja y familiar) ha disminuido muy significativamente. Hay que tener en cuenta que este último descenso responde a uno de los principales objetivos de dicho tratamiento que, además del cese o disminución en el consumo de sustancias persigue, sobre todo, una mejora en la calidad de vida de las personas atendidas.

Sin duda, el trabajo terapéutico llevado a cabo en los tratamientos tanto ambulatorio como residencial de la Fundación Proyecto Hombre Navarra se encamina a la mejora en las variables mencionadas en el párrafo anterior, más allá de que exista o no violencia hacia la pareja al inicio del tratamiento. Cabe señalar que en dichos programas de intervención una parte importante del tratamiento tiene que ver con la evaluación y la reestructuración cognitiva, con el aprendizaje en la gestión de las emociones y las propias conductas y con la puesta en práctica de decisiones encaminadas a la mejora en los distintos ámbitos de la vida de sus usuarios

(Fernández-Montalvo et al., 2008; López-Goñi et al., 2008a; Valero-Aguayo et al., 2013). Por ello, no sorprende encontrar estos resultados.

Por lo tanto, se puede afirmar que el tratamiento estándar para las adicciones en la entidad mencionada actúa por sí mismo mejorando algunas de las variables que guardan relación con la conducta violenta sobre la que se quiere incidir (López-Goñi et al., 2010). Los cambios en los pensamientos distorsionados, los síntomas psicopatológicos, la ira y la inadaptación producidos en todos los usuarios estudiados así lo reflejan.

Además de las consideraciones anteriores, que hacen referencia al tratamiento que reciben todos los usuarios del dispositivo de tratamiento para la drogodependencia, cabe señalar que dicho tratamiento estándar actúa de modo eficaz en los pacientes que presentaban violencia hacia la pareja al inicio del mismo, reduciendo específicamente en dicho colectivo de modo importante la impulsividad de los sujetos. Hay que recordar que se trata, también, de una de las variables relacionadas con la violencia de pareja.

Dadas las especiales características del grupo de sujetos con violencia hacia la pareja que no han sido tratados en este estudio, debido a la asignación no completamente aleatoria de los usuarios a cada grupo de estudio, se pueden realizar algunas consideraciones. Estas personas, varias de las cuales no aceptaron participar en el tratamiento para la violencia, presentaron inicialmente una peor situación en variables como los pensamientos distorsionados sobre la mujer, los síntomas psicopatológicos, la ira o la impulsividad. En ellas se podría decir que tienen mayor “margen de mejora” que el resto de sujetos. En estos sujetos, tal como se ha señalado, ha habido mejoras en estas variables sin aplicar un tratamiento específico para la violencia, sólo con el tratamiento para la drogodependencia. Por lo tanto, es importante señalar que, en ausencia de tratamiento específico para la violencia de pareja, el tratamiento para el abuso de drogas de la Fundación Proyecto Hombre Navarra resulta ser una intervención efectiva en la mejora en las variables relacionadas con dicha

violencia a aquellas personas que han tenido episodios de violencia hacia la pareja.

Respecto al objetivo de este estudio de evaluar la eficacia del tratamiento puesto a prueba en esta investigación, es decir, evaluar si dicha intervención añade eficacia al tratamiento estándar para la drogadicción, se comentan a continuación los resultados obtenidos. En primer lugar, la conducta sobre la que se quiere intervenir disminuye en mayor medida en los sujetos que han recibido dicha intervención. La reincidencia en la violencia hacia la pareja es sensiblemente menor en los sujetos tratados, en comparación con quienes recibieron el tratamiento para el consumo pero no para la violencia. Se trata, en definitiva, de la medida más directa de la eficacia de la intervención evaluada, y el resultado más importante de esta investigación. Este dato en sí mismo justifica el desarrollo de dicha intervención específica con este colectivo, al margen de la evolución del resto de variables. En segundo lugar, el grupo de sujetos tratados ha mejorado más que aquellos que no recibieron dicho tratamiento en variables como los pensamientos distorsionados sobre la violencia, la ira o la inadaptación.

A partir de todo ello, parece adecuado recomendar que los dispositivos de atención a personas con problemas por el consumo de sustancias incorporen una intervención cognitivo-conductual del tipo de la evaluada en este estudio con aquellos sujetos que presenten antecedentes de violencia hacia la pareja. Probablemente sea necesario adaptar las sesiones y contenidos del programa puesto a prueba al contexto terapéutico en el que se apliquen, sobre todo en aquellos contenidos que ya se abordan de manera estándar en dicho contexto. Es posible que una reducción del número de sesiones y una adaptación de algunos de los temas y técnicas trabajados ayuden a mejorar más la eficiencia de dicha intervención específica para la violencia. Al aplicarse en el contexto de una intervención más global y con mayor número de sesiones e intensidad, sería deseable adecuar la intervención específica de modo complementario, no como algo externo añadido, sino como un complemento de la propia intervención estándar. Conviene recordar, además, la buena valoración que han hecho

de la intervención los sujetos que la han recibido, quienes han valorado como muy útiles y satisfactorias las sesiones recibidas.

Por último, y volviendo al perfil de las personas que presentan violencia hacia la pareja en un programa de tratamiento para la drogodependencia, se hace necesaria una última consideración. Tal como se ha señalado, las personas que han participado en el tratamiento responden más un patrón de violencia asociado a los episodios de consumo y/o dependencia de las sustancias, y no tanto al de personas maltratadora "al uso". Probablemente, poco tiene que ver este perfil con el encontrado en otros contextos, como pueden ser la prisión o el cumplimiento de medidas alternativas al ingreso en prisión. En gran parte de los casos dicho contexto de la violencia ejercida por personas con problemas de consumo ha dibujado escenarios en los que la persona agresora ha sido simultáneamente persona agredida. Este fenómeno resulta especialmente relevante en el caso de las mujeres, en las que tal como se ha descrito anteriormente se da con gran frecuencia la coexistencia de dos papeles: el de agresora y el de víctima. En estos casos resulta importante poder trabajar con ellas los contenidos del programa de tratamiento para la violencia desde ambos puntos de vista, reforzando el aprendizaje y desarrollo de habilidades dirigidas a prevenir futuros episodios de violencia en ambos sentidos. La experiencia en el desarrollo del tratamiento llevado a cabo en esta investigación apoya esta última reflexión.

6.6. LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO

Se señalan a continuación las limitaciones más relevantes con las que ha contado este estudio, así como las posibles consecuencias derivadas y algunos aspectos a tener en cuenta debido al efecto de las mismas.

En primer lugar, han existido limitaciones relacionadas con la muestra utilizada. Por un lado, el tamaño de la muestra utilizada es limitado. Este carácter limitado hace que, pese a que se ha contado con una muestra inicial de 162 sujetos, cifra importante en un estudio de este carácter,

existan limitaciones relacionadas con el tratamiento estadístico de los datos obtenidos. En algunos casos este tamaño limitado puede haber conllevado el enmascaramiento de ciertos resultados, al no alcanzar significación estadística ciertas diferencias en las comparaciones entre los grupos. Es el caso de los análisis realizados en la evaluación de seguimiento, en la que el grupo más reducido constó de sólo 19 sujetos. Por otro lado, la muestra pertenece a un contexto y a una comunidad concretos. Al ser todos los sujetos usuarios de la Fundación Proyecto Hombre Navarra se deberá tener cautela a la hora de generalizar los resultados a otros colectivos, bien de otros tipos de recursos de atención a drogodependientes, bien de otras regiones con características diferenciales. En cualquier caso, dicho recurso asistencial atiende aproximadamente a dos terceras partes de los drogodependientes en tratamiento en Navarra. Probablemente futuras réplicas de este trabajo en otros contextos aportarán más luz y permitirán obtener conclusiones más generalizables.

Una segunda limitación, relacionada con la anterior, tiene que ver con que no se han separado en los análisis de los datos los sujetos por sexo. Las diferencias encontradas en la tasa de violencia hacia la pareja por sexos parecen indicar la conveniencia de contar con dicha información. La limitación de la muestra complica la comparación por sexo de los resultados obtenidos, de modo que se puedan extraer conclusiones fiables y con significación estadística. En la medida en que se pueda ampliar la muestra en futuros estudios, se podrá mejorar el conocimiento respecto a esta diferencia entre hombre y mujeres.

En tercer lugar, ha existido una dificultad importante a la hora de poder acceder a los usuarios y recoger información de los mismos. La inestabilidad en la permanencia de este tipo de pacientes en los recursos asistenciales hace que a veces haya sido difícil conseguir toda la información en todos los instrumentos utilizados, ya que entre las diferentes entrevistas se ha perdido información de algunos sujetos en algunas variables. Se trata de una limitación con la que ya se contaba, así como con los posibles rechazos que se han mencionado en la parte empírica del trabajo. Esta cuestión ha influido también en las limitaciones señaladas en

primer lugar respecto al tamaño muestral. Pese a ello, la colaboración de los usuarios ha sido globalmente muy buena, incluso por encima de lo esperado, y la muestra finalmente obtenida ha permitido poder desarrollar la investigación conforme estaba previsto. El ímprobo esfuerzo realizado para localizar y conseguir realizar las evaluaciones, especialmente la de seguimiento, pues muchos de los sujetos ya habían terminado su tratamiento para la drogodependencia en ese momento, finalmente se ha visto recompensado por los resultados obtenidos.

En cuarto lugar, una de las principales dificultades para poder interpretar los datos y llegar a conclusiones es el sesgo de selección introducido en la asignación de los sujetos con violencia hacia la pareja a los grupos experimental y de control 1. En este sentido, la homogeneidad de los dos grupos no ha sido total, y esto ha dificultado el trabajo realizado. La asignación de los sujetos no ha sido totalmente aleatoria, sino que ha estado mediada tanto por la aceptación del tratamiento por parte de los sujetos como por el cronograma y disponibilidad de sujetos en el mismo para la realización de los grupos de tratamiento.

En quinto lugar, este tratamiento ha evaluado los efectos del tratamiento aplicado en dos momentos, a la finalización del mismo y a los 6 meses. El efecto a largo plazo de las variables estudiadas no se conoce, debido a la limitación temporal de la investigación y a que no se han realizado seguimientos posteriores.

Por último, una dificultad que se ha presentado en la investigación, y que se ha tratado de resolver mediante los sucesivos análisis estadísticos realizados, es el hecho de que se han aplicado dos tratamientos simultáneos. Uno de ellos está centrado en el abuso de sustancias, y el otro en la violencia hacia la pareja. Puede correrse el riesgo de atribuir de modo erróneo los efectos observados a uno u otro. De hecho, el propio diseño de esta investigación trata de responder a la pregunta de qué efectos diferenciales tiene el tratamiento para la violencia de pareja, por encima del tratamiento estándar para la drogodependencia.

No sería justo mencionar sólo las dificultades y limitaciones del estudio, sin citar también las fortalezas con que éste ha contado. A continuación se mencionan algunos de los aspectos que más han ayudado a que la investigación se haya podido desarrollar en los términos explicados en este trabajo.

En primer lugar, se ha contado con un buen conocimiento previo de los dos fenómenos abordados en esta investigación. Por un lado, el autor de este trabajo cuenta con una amplia experiencia en el ámbito de las drogodependencias, tanto en el ámbito del tratamiento como en el de la prevención. La mayor parte de su vida laboral ha estado ligada a este campo, en concreto en la Fundación Proyecto Hombre Navarra. Por lo tanto, disponía de un buen conocimiento previo tanto del perfil de las personas usuarias como de las características del tratamiento para sus problemas con las drogas. Por otro lado, las personas con los que ha trabajado en su equipo de investigación, y en concreto los dos codirectores de este trabajo, son expertas en el tema de la violencia hacia la pareja. Uno de ellos es uno de los autores del programa de tratamiento evaluado en este trabajo. Esto ha facilitado tanto la formación inicial como la orientación continua en este tema al autor de este trabajo.

En segundo lugar, este trabajo se enmarca en el contexto de otras investigaciones y publicaciones anteriores realizadas por un equipo de trabajo perteneciente a un grupo de investigación que lo ampara y apoya: el Grupo de Investigación de Psicología clínica y Psicopatología de la Universidad Pública de Navarra. Las principales líneas de investigación de dicho grupo tienen que ver tanto con las adicciones como con la violencia de pareja.

En tercer lugar, para poder llevar a cabo el arduo trabajo que ha supuesto esta investigación se ha contado con los medios necesarios, gracias entre otras a la financiación del Ministerio de Ciencia e Innovación (previo informe de la Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva). La investigación se ha desarrollado en el marco del Proyecto PSI2009-08500, dirigido por el doctor Javier Fernández Montalvo.

En cuarto lugar, ha sido fundamental la colaboración de la Fundación Proyecto Hombre Navarra proporcionando los medios necesarios para poder acceder a los usuarios y a la información necesaria. Existe un convenio de colaboración entre dicha Fundación y la Universidad Pública de Navarra que facilita dicha relación, en el marco del cual se han desarrollado otras investigaciones. El conocimiento mutuo entre el investigador y los terapeutas de dicha entidad ha facilitado también el desarrollo del trabajo, así como la actitud colaboradora de cada uno de los profesionales que han ayudado tanto a poner en contacto a los usuarios con el autor de este trabajo como a proporcionar la información necesaria.

En quinto lugar hay que destacar el perfil de las personas evaluadas en esta investigación. Pese a que, como se ha señalado, la situación personal de muchos de ellos ha sido una dificultad debido al momento especialmente complicado que estaban atravesando, hay que señalar que la actitud de la mayoría de ellos ha sido de colaboración con el autor de la investigación. Se trata de un colectivo con el que resulta relativamente sencillo trabajar, ya que es especialmente “agradecido” con el profesional que le atiende, en contra de algunos estereotipos sociales que dibujan la figura de la persona drogodependiente como alguien inaccesible y de difícil abordaje.

Por último, y no menos importante, el autor quiere resaltar como fortaleza la propia naturaleza de esta investigación. Se trata de un trabajo de campo, totalmente experimental, llevado a cabo con un colectivo de sujetos que, debido al propio problema por el que están en tratamiento, presentan inestabilidad tanto en la asistencia como en la participación en lo que se les propone. Frente a otro tipo de investigaciones más centradas en revisiones de datos o de manejo de historiales médicos, el propio diseño de ésta hace que tenga una especial fortaleza ecológica. Como ya se ha señalado, esta propia naturaleza del estudio ha conllevado algunos problemas ya señalados con anterioridad.

6.7. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

A continuación se explican algunas sugerencias que el autor de este trabajo expone, de cara a futuras investigaciones e intervenciones que puedan desarrollarse en el ámbito de ésta. Algunas de ellas guardan relación con las limitaciones señaladas en el apartado anterior.

En primer lugar, y dada la limitación referida a la muestra con la que se ha trabajado, sería interesante replicar el diseño de esta investigación, por un lado aumentando el tamaño muestral en el mismo contexto o, por otro lado, llevándolo a cabo en otros contextos diferentes, esto es, en otros dispositivos de tratamiento para la drogodependencia distintos de la entidad en que se ha llevado a cabo este trabajo, o incluso en otras comunidades autónomas u otros países distintos.

En segundo lugar, sería interesante llevar a cabo evaluaciones de seguimiento más allá de la realizada a los 6 meses de finalizar el tratamiento, de cara a estudiar la evolución de las variables a medio y largo plazo. Pese a la dificultad que estos estudios longitudinales entraña, más aún en la población estudiada, resultaría muy clarificador, sobre todo para evaluar en qué medida se da a lo largo del tiempo la reincidencia en la violencia de pareja, además de para poder observar en qué medida se mantienen los demás resultados obtenidos.

En tercer lugar, se propone profundizar en las diferencias que existen por sexo en la problemática abordada, tanto en las características diferenciales de los perfiles según el sexo como en la diferente evolución y en los resultados que se obtienen tras el tratamiento en función de dicha variable. Para poder obtener resultados significativos sería necesario contar con una muestra más amplia, y con un mayor equilibrio en el número de

hombres y de mujeres, lo cual resulta difícil de conseguir en la población en tratamiento por el abuso de drogas.

En cuarto lugar, sería interesante profundizar en las peculiaridades de la violencia en la población drogodependiente. Quizás futuros estudios que puedan describir mejor las características peculiares de la violencia de pareja en personas con abuso de drogas apuntadas en este trabajo, ayudarían a tener una mejor comprensión de dicho colectivo y a mejorar las intervenciones con él. En concreto, resultaría de gran interés describir las peculiaridades de la violencia de la mujer al hombre en este colectivo. Se plantea esto último a partir de la observación ya explicada de que gran parte de las mujeres agresoras son a su vez víctimas de violencia en el propio ámbito de la pareja.

En quinto lugar, sería interesante realizar una comparación entre los resultados obtenidos con pacientes que están en tratamiento residencial, en una comunidad terapéutica, y aquellos que reciben tratamiento ambulatorio. En este estudio ambos tipos han sido considerados de manera conjunta. La comparación de los usuarios en ambas modalidades de tratamiento puede arrojar luz sobre qué tipo de intervención para la violencia de pareja puede adecuarse más a cada modalidad.

Por último, y en sexto lugar, resultaría de gran interés la incorporación del tratamiento para la violencia hacia la pareja aplicado en esta investigación a los programas de tratamiento para las drogodependencias. La integración de dicho tratamiento específico para la violencia hacia la pareja dentro de la cartera de servicios que ofrecen dichos dispositivos supondría un importante paso tanto en la detección de violencia en la pareja como en la prevención de la reincidencia en la misma tras el tratamiento para la drogodependencia. Se trata de unos de los objetivos de partida de esta investigación, que desde el primer momento ha pretendido tener un enfoque aplicado, con la vocación de aportar a los dispositivos de tratamiento de las drogodependencias algo de luz sobre las posibilidades y eficacia de una intervención específica y complementaria a su trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldarondo, E., Kantor, G. K. y Jasinski, J. L. (2002). A risk marker analysis of wife assault in Latino families. *Violence Against Women*, 8(4), 429-454. doi: 10.1177/10778010222183152
- Alexander, P. C., Morris, E., Tracy, A. y Frye, A. (2010). Stages of change and the group treatment of batterers: A randomized clinical trial. *Violence and Victims*, 25(5), 571-587. doi: 10.1891/0886-6708.25.5.571
- Ali, P. A. y Naylor, P. B. (2013). Intimate partner violence: A narrative review of the biological and psychological explanations for its causation. *Aggression and Violent Behavior*, 18(3), 373-382. doi: 10.1016/j.avb.2013.01.003
- Alonso, J. M. y Castellanos, J. L. (2006). Por un enfoque integral de la violencia familiar. *Intervención Psicosocial*, 15(3), 253-274.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders (4th Ed. Rev.)*. Washington D.C.: APA.
- Ames, G. M., Cunradi, C. B., Duke, M., Todd, M. y Chen, M.J. (2013). Contributions of work stressors, alcohol, and normative beliefs to partner violence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74(2), 195-204.
- Amikeco. (2008). Estudio sobre programas de tratamiento de personas agresoras. Bilbao: Dirección de Bienestar Social del Gobierno Vasco.
- Amor, P. J., Corral, P., Bohorquez, I. A., Oria, J. C., Rodriguez, M., Lopez, F. y Calderón, D. (2010). *Violencia de género y adicción a drogas en Centros de Día*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Amor, P. J., Echeburúa, E. y Loinaz, I. (2009). ¿Se puede establecer una clasificación tipológica de los hombres violentos contra su pareja? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 519-539.
- Andrews, J. A., Foster, S. L., Capaldi, D. y Hops, H. (2000). Adolescent and family predictors of physical aggression, communication, and satisfaction in young adult couples: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 195-208. doi: 10.1037//0022-006x.68.2.195
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126(5), 651-680. doi: 10.1037//0033-2909.126.5.651
- Archer, J. (2002). Sex differences in physically aggressive acts between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 7(4), 313-351. doi: 10.1016/s1359-1789(01)00061-1

- Arriaga, X. B. y Foshee, V. A. (2004). Adolescent dating violence: Do adolescents follow in their friends', or their parents', footsteps? *Journal of Interpersonal Violence*, 19(2), 162-184. doi: 10.1177/0886260503260247
- Arteaga, A. (2008). Estrategias de intervención preventivas. En E. Gavari Starkie (Ed.), *Implicaciones educativas de las drogodependencias. Prevención y tratamiento* (pp. 49-65). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Arteaga, A., Fernández-Montalvo, J. y López-Goñi, J. J. (2012). Diferencias en variables de personalidad en sujetos adictos a drogas con y sin conductas violentas contra la pareja. *Acción Psicológica*, 9(1), 19-32.
- Babcock, J. C., Green, C. E. y Robie, C. (2004). Does batterer's treatment work? A metanalytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 1023-1053.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barnes, J. C., TenEyck, M., Boutwell, B. B. y Beaver, K. M. (2013). Indicators of domestic/intimate partner violence are structured by genetic and nonshared environmental influences. *Journal of Psychiatric Research*, 47(3), 371-376. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.10.016
- Barratt, E. S. (1985). Impulsiveness subtraits: Arousal and information procesing. In J. T. Spence y C. E. Itard (Eds.), *Motivation, Emotion and Personality*. North Holland: Elsevier.
- Bell, N. S., Harford, T. C., Fuchs, C. H., McCarroll, J. E. y Schwartz, C. E. (2006). Spouse abuse and alcohol problems among White, African American, and Hispanic US Army soldiers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30(10), 1721-1733. doi: 10.1111/j.1530-0277.2006.00214.x
- Bennett, L. y Lawson, M. (1994). Barriers to cooperation between domestic-violence and substance-abuse programs. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 75(5), 277-286.
- Bennett, L. W. (2008). Substance abuse by men in partner abuse intervention programs: Current issues and promising trends. *Violence and Victims*, 23(2), 236-248. doi: 10.1891/0886-6708.23.2.236
- Bennett, T. y Holloway, K. (2005). The association between multiple drug misuse and crime. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(1), 63-81.
- Bergman, B. y Brismar, B. (1993). Assaultants and victims: A comparative study of male wife-beaters and battered males. *Journal of Addictive Diseases*, 12(4), 1-10. doi: 10.1300/J069v12n04_01
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression. Its causes, consequences and control*. Philadelphia: Temple University Press.

- Bishay, N. R., Petersen, N. y Tarrier, N. (1989). An uncontrolled study of cognitive therapy for morbid jealousy. *British Journal of Psychiatry*, 154, 386-389. doi: 10.1192/bjp.154.3.386
- Bobes, J., González, M. P., Sáiz, P. A. y Bousoño, M. (1996). *Índice europeo de severidad de la adicción: EuropASI. Versión española* Paper presented at the Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría.
- Boden, J. M., Fergusson, D. M. y Horwood, L. J. (2012). Alcohol misuse and violent behavior: Findings from a 30-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 122(1-2), 135-141. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.09.023
- Bodin, M. C. y Romelsjö, A. (2006). Predictors of abstinence and nonproblem drinking after 12-step treatment in Sweden. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(1), 139-146.
- Bodin, M. C. y Romelsjö, A. (2007). Secondary outcomes: Group and individual change and relationships to drinking outcomes. *Addiction Research y Theory*, 15, 587-599. doi: 10.1080/16066350701433282
- Boira, S. (2010). *Hombres maltratadores. Historias de violencia masculina*. Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Boira, S., Del Castillo, M. F., Carbajosa, P. y Marcuello, C. (2013). Context of treatment and therapeutic alliance: Critical factors in court-mandated batterer intervention programs. *Spanish Journal of Psychology*, 16. doi: 10.1017/sjp.2013.43
- Boira, S. y Jodra, P. (2010). Psychopathology, characteristics of violence and dropout in male batterers treatment programs: Results of an intervention service. *Psicothema*, 22(4), 593-599.
- Boira, S. y Jodrá, P. (2013). Tipología de hombres condenados por violencia de género en un contexto de intervención psicológica en la comunidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(2), 289-303.
- Boira, S., Lopez del Hoyo, Y., Tomas-Aragones, L. y Gaspar, A. R. (2013). Efficacy of different treatment modalities in men convicted of intimate partner violence. *Anales de Psicología*, 29(1), 19-28. doi: 10.6018/analesps.29.1.130631
- Boira, S. y Marcuello, C. (2013). Male abuser: Type of violence and perception of the relationship with the victim. *Psychological Reports*, 112(1), 210-238.
- Boles, S. M. y Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 8(2), 155-174.
- Boletín Oficial del Estado. (2004). *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección integral contra la violencia de género*. Recuperado el 11 de febrero de 2013 de: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2004-21760>.
- Bollaín, I. (2003). Te doy mis ojos. In A. P. Producciones La Iguana S.L. España.

- Borg, W. R., Gall, J. O. y Gall, M. D. (1993). *Applying educational research: A practical guide* (3rd ed.). New York: Longman.
- Bowen, E., Gilchrist, E. y Beech, A. R. (2008). Change in treatment has no relationship with subsequent re-offending in UK domestic violence sample: A preliminary study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52(5), 598-614. doi: 10.1177/0306624x08319419
- Brannen, S. J. y Rubin, A. (1996). Comparing the effectiveness of gender-specific and couples groups in a court-mandated spouse abuse treatment program. *Research on Social Work Practice*, 6(4), 405-424. doi: 10.1177/104973159600600401
- Brasfield, H., Febres, J., Shorey, R., Strong, D., Ninnemann, A., Elmquist, J., . . . Stuart, G. L. (2012). Male batterers' alcohol use and gambling behavior. *Journal of Gambling Studies*, 28(1), 77-88. doi: 10.1007/s10899-011-9246-0
- Brisson, N. J. (1981). Battering husbands: A survey of abusive men. *Victimology: An International Journal*, 6, 338-344.
- Caetano, R., Cunradi, C. B., Clark, C. L. y Schafer, J. (2000). Intimate partner violence and drinking patterns among White, Black, and Hispanic couples in the US. *Journal of Substance Abuse*, 11(2), 123-138. doi: 10.1016/s0899-3289(00)00015-8
- Caetano, R., Nelson, S. y Cunradi, C. (2001). Intimate partner violence, dependence symptoms and social consequences from drinking among White, Black and Hispanic couples in the United States. *American Journal on Addictions*, 10, 60-69. doi: 10.1080/10550490150504146
- Caetano, R., Ramisetty-Mikler, S. y Harris, T. R. (2010). Neighborhood characteristics as predictors of male to female and female to male partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(11), 1986-2009. doi: 10.1177/0886260509354497
- Caetano, R., Ramisetty-Mikler, S. y McGrath, C. (2004). Acculturation, drinking, and intimate partner violence among Hispanic couples in the United States: A longitudinal study. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 26(1), 60-78. doi: 10.1177/0739986303261812
- Caetano, R., Schafer, J., Clark, C. L., Cunradi, C. B. y Raspberry, K. (2000). Intimate partner violence, acculturation and alcohol consumption among Hispanic couples in the United States. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(1), 30-45. doi: 10.1177/088626000015001003
- Caetano, R., Schafer, J. y Cunradi, C. B. (2001). Alcohol-related intimate partner violence among White, Black, and Hispanic couples in the United States. *Alcohol Research y Health*, 25(1), 58-65.
- Caetano, R., Vaeth, P. y Ramisetty-Mikler, S. (2008). Intimate partner violence victim and perpetrator characteristics among couples in the United States. *Journal of Family Violence*, 23(6), 507-518. doi: 10.1007/s10896-008-9178-3

- Caldwell, J. E., Swan, S. C. y Woodbrown, V. D. (2012). Gender differences in intimate partner violence outcomes. *Psychology of Violence*, 2(1), 42-57. doi: 10.1037/a0026296
- Calvete, E. (2008). Mental health characteristics of men who abuse their intimate partners. [Características de salud mental de los hombres que maltratan a su pareja.]. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 10(2), 49-56. doi: 10.4321/s1575-06202008000200004
- Calvete, E., Corral, S. y Estévez, A. (2007). Factor structure and validity of the revised conflict tactics scales for Spanish women. *Violence Against Women*, 13(10), 1072-1087.
- Calvete, E., Estevez, A. y Corral, S. (2007). Posttraumatic stress disorder and its relationship with negative cognitive schemas in battered women. *Psicothema*, 19(3), 446-451.
- Campbell, J. (1995). Assessing dangerousness: Violence by sexual offenders, batterers, and child abusers. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cantos, A. L., Neidig, P. H. y O'Leary, K. D. (1994). Injuries of women and men in a treatment program for domestic violence. *Journal of Family Violence*, 9(2), 113-124. doi: 10.1007/bf01531958
- Carbajosa, P. y Boira, S. (2013). Estado actual y retos futuros de los programas para hombres condenados por violencia de género en España. *Psychosocial Intervention*, 22, 145-152.
- Carbajosa, P., Boira, S. y Tomás-Aragonés, L. (2013). Difficulties, skills and therapy strategies in interventions with court-ordered batterers in Spain. *Aggression and Violent Behavior*, 18(1), 118-124. doi: 10.1016/j.avb.2012.11.005
- Cardenal, V. y Sánchez, M. P. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Carmo, R., Grams, A. y Magalhaes, T. (2011). Men as victims of intimate partner violence. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 18(8), 355-359. doi: 10.1016/j.jflm.2011.07.006
- Carney, M., Buttell, F. y Dutton, D. (2007). Women who perpetrate intimate partner violence: A review of the literature with recommendations for treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 12(1), 108-115. doi: 10.1016/j.avb.2006.05.002
- Casares, M. J., González-Menéndez, A., Torres, M., Secades, R., Fernández-Hermida, J. R. y Álvarez, M. M. (2010). Comparación del perfil psicopatológico y adictivo de dos muestras de adictos en tratamiento: en prisión y en comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 225-243.

- Cascardi, M., Avery-Leaf, S., O'Leary, K. D. y Slep, A. M. S. (1999). Factor structure and convergent validity of the Conflict Tactics Scale in high school students. *Psychological Assessment*, 11(4), 546-555. doi: 10.1037/1040-3590.11.4.546
- Castro, R., Peek-Asa, C., Garcia, L., Ruiz, A. y Kraus, J. F. (2003). Risks for abuse against pregnant Hispanic women: Morelos, Mexico and Los Angeles County, California. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(4), 325-332. doi: 10.1016/s0749-3797(03)00211-3
- Catala-Minana, A., Lila, M. y Oliver, A. (2013). Alcohol consumption in men punished for intimate partner violence: Individual and contextual factors. *Adicciones*, 25(1), 19-28.
- Cavanaugh, M. M. y Gelles, R. J. (2005). The utility of male domestic violence offender typologies: New directions for research, policy, and practice. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(2), 155-166. doi: 10.1177/0886260504268763
- Caño, X. (1995). *Maltratadas. El infierno de la violencia sobre las mujeres*. Madrid: Temas de Hoy.
- Chang, J. C., Cluss, P. A., Burke, J. G., Hawker, L., Dado, D., Goldstrohm, S. y Scholle, S. H. (2011). Partner violence screening in mental health. *General Hospital Psychiatry*, 33(1), 58-65. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2010.11.009
- Chase, K. A., O'Leary, K. D. y Heyman, R. E. (2001). Categorizing partner-violent men within the reactive-proactive typology model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 567-572. doi: 10.1037//0022-006x.69.3.567
- Chase, K. A., O'Farrell, T. J., Murphy, C. M., Fals-Stewart, W. y Murphy, M. (2003). Factors associated with partner violence among female alcoholic patients and their male partners. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 64(1), 137-149.
- Chermack, S. T. y Giancola, P. R. (1997). The relation between alcohol and aggression: An integrated biopsychosocial conceptualization. *Clinical Psychology Review*, 17(6), 621-649. doi: 10.1016/s0272-7358(97)00038-x
- Chiffriller, S. H., Hennesy, J. J. y Zappone, M. (2006). Understanding a new typology of batterers: Implications for treatment. *Victims and Offenders*, 1(1), 79-97.
- Cho, H. (2012). Examining gender differences in the nature and context of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(13), 2665-2684. doi: 10.1177/0886260512436391
- Chong, E. S. K., Mak, W. W. S. y Kwong, M. M. F. (2013). Risk and protective factors of same-sex intimate partner violence in Hong Kong. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(7), 1476-1497. doi: 10.1177/0886260512468229

- Clements, K. y Schumacher, J. A. (2010). Perceptual biases in social cognition as potential moderators of the relationship between alcohol and intimate partner violence: A review. *Aggression and Violent Behavior, 15*(5), 357-368.
- Cleveland, H. H., Herrera, V. M. y Stuewig, J. (2003). Abusive males and abused females in adolescent relationships: Risk factor similarity and dissimilarity and the role of relationship seriousness. *Journal of Family Violence, 18*(6), 325-339. doi: 10.1023/a:1026297515314
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates (primera edición, 1977 New York: Academic Press).
- Coid, J., Carvell, A., Kittler, Z., Healey, A. y Henderson, J. (2000). *Substance abuse and dependence in prisoners: A systematic review*. London: Home Office.
- Colasanti, A., Natoli, A., Moliterno, D., Rossattini, M., De Gaspari, I. F. y Mauri, M. C. (2008). Psychiatric diagnosis and aggression before acute hospitalisation. *European Psychiatry, 23*(6), 441-448.
- Connolly, J., Freidlander, L., Pepler, D., Craig, W. y LaPorte, L. (2010). The ecology of adolescent dating aggression: Attitudes, relationships, media use, and socio-demographic risk factors. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma, 19*, 469-491.
- Connors, A. D., Mills, J. F. y Gray, A. L. (2013). Intimate partner violence intervention for high-risk offenders. *Psychological Services, 10*(1), 12-23. doi: 10.1037/a0028979
- Consejo General del Poder Judicial. (2012). *Datos estadísticos judiciales en aplicación de la L.O. 1/2004. Resumen de los 7 años (2005-2012)*. Recuperado el 21 de enero de 2013 de: http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia_domestica_y_de_genero/Actividad_del_Observatorio/Datos_estadisticos/Balance_de_siete_anos_de_la_creacion_de_los_Juzgados_de_Violencia_sobre_la_Mujer_2005_2012_.
- Corsi, J. (1995). *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires: Paidós.
- Corvo, K. y Johnson, P. (2013). Sharpening Ockham's Razor: The role of psychopathology and neuropsychopathology in the perpetration of domestic violence. *Aggression and Violent Behavior, 18*(1), 175-182. doi: 10.1016/j.avb.2012.11.017
- Corvo, K. y Johnson, P. J. (2003). Vilification of the "batterer": How blame shapes domestic violence policy and interventions. *Aggression and Violent Behavior, 8*(3), 259-281. doi: 10.1016/s1359-1789(01)00060-x

- Crane, C. A. y Eckhardt, C. I. (2013). Evaluation of a single-session brief motivational enhancement intervention for partner abusive men. *Journal of Counseling Psychology*, 60(2), 180-187. doi: 10.1037/a0032178
- Crowell, N. A. y Burgess, A. W. (1996). *Understanding violence against women*. Washington: National Academy Press.
- Cui, M., Gordon, M., Ueno, K. y Fincham, F. D. (2013). The continuation of intimate partner violence from adolescence to young adulthood. *Journal of Marriage and Family*, 75(2), 300-313. doi: 10.1111/jomf.12016
- Cummings, A. M., Gonzalez-Guarda, R. M. y Sandoval, M. F. (2013). Intimate partner violence among Hispanics: A review of the literature. *Journal of Family Violence*, 28(2), 153-171. doi: 10.1007/s10896-012-9478-5
- Cunha, O. y Goncalves, R. A. (2013). Intimate partner violence offenders: Generating a data-based typology of batterers and implications for treatment. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 5(2), 131-139. doi: 10.5093/ejpalc2013a2
- Cunradi, C. B. (2007). Drinking level, neighborhood social disorder, and mutual intimate partner violence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(6), 1012-1019.
- Cunradi, C. B. (2009). Intimate partner violence among Hispanic men and women: The role of drinking, neighborhood disorder, and acculturation-related factors. *Violence and Victims*, 24(1), 83-97. doi: 10.1891/0886-6708.24.1.83
- Cunradi, C. B., Caetano, R., Clark, C. y Schafer, J. (2000). Neighborhood poverty as a predictor of intimate partner violence among white, black, and Hispanic couples in the United States: A multilevel analysis. *Annals of Epidemiology*, 10(5), 297-308. doi: 10.1016/s1047-2797(00)00052-1
- Cunradi, C. B., Caetano, R. y Schafer, J. (2002). Socioeconomic predictors of intimate partner violence among White, Black, and Hispanic couples in the United States. *Journal of Family Violence*, 17(4), 377-389. doi: 10.1023/a:1020374617328
- Cunradi, C. B., Mair, C., Todd, M. y Remer, L. (2012). Drinking context and intimate partner violence: Evidence from the California community health study of couples. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(5), 731-739.
- Cáceres, J. (1999). Discusiones de pareja, violencia y activación cardiovascular. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 909-938.
- Daly, J. E. y Pelowski, S. (2000). Predictors of dropout among men who batter: A review of studies with implications for research and practice. *Violence and Victims*, 15, 137-160.

- Davis, M. H. (1980). *Interpersonal Reactivity Index. A multidimensional approach to individual differences in empathy*. Washington: American Psychological Association.
- Del Sol, C., Margolin, G. y John, R. S. (2003). A typology of maritally violent men and correlates of violence in a community sample. *Journal of Marriage and Family*, 65(3), 635-651. doi: 10.1111/j.1741-3737.2003.00635.x
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2013). Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España: 2011-2012. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2011.pdf>
- Denham, A. C., Frasier, P. Y., Hooten, E. G., Belton, L., Newton, W., Gonzalez, P., . . . Campbell, M. K. (2007). Intimate partner violence among Latinas in Eastern North Carolina. *Violence Against Women*, 13(2), 123-140. doi: 10.1177/1077801206296983
- Derogatis, L. R. (1992). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Deschner, J. P., McNeil, J. S. y Moore, M. G. (1986). A treatment model for batterers. *Social Casework: Journal of Contemporary Social Work*, 67(1), 55-60.
- Devries, K. M., Mak, J. Y. T., Garcia-Moreno, C., Petzold, M., Child, J. C., Falder, G., . . . Watts, C. H. (2013). The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*, 340(6140), 1527-1528. doi: 10.1126/science.1240937
- Dixon, L., Archer, J. y Graham-Kevan, N. (2012). Perpetrator programmes for partner violence: Are they based on ideology or evidence? *Legal and Criminological Psychology*, 17(2), 196-215. doi: 10.1111/j.2044-8333.2011.02029.x
- Dixon, L. y Browne, K. (2003). The heterogeneity of spouse abuse: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 8(1), 107-130. doi: 10.1016/s1359-1789(02)00104-0
- Dobash, R. E. y Dobash, R. (1998). Violent men and violent context. In R. E. Dobash y R. P. Dobash (Eds.), *Rethinking violence against women* (pp. 141-168). Thousand Oaks: Sage.
- Dobash, R. E. y Dobash, R. P. (1984). The nature and antecedents of violent events. *British Journal of Criminology*, 24(3), 269-288.
- Dollard, J., Miller, N. E., Dood, L. W., Mowrer, O. H. y Sears, R. R. (1939). *Frustration and Aggression*. New Haven: Yale University Press.
- Drijber, B. C., Reijnders, U. J. L. y Ceelen, M. (2013). Male victims of domestic violence. *Journal of Family Violence*, 28(2), 173-178. doi: 10.1007/s10896-012-9482-9

- Duke, M. R. y Cunradi, C. B. (2011). Measuring intimate partner violence among male and female farmworkers in San Diego County, CA. *Cultural Diversity y Ethnic Minority Psychology*, 17(1), 59-67. doi: 10.1037/a0021826
- Dutton, D. G. (1995). *The domestic assault of women: Psychological and criminal justice perspective*. Vancouver: UBC Press.
- Dutton, D. G. (2012). The case against the role of gender in intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior*, 17(1), 99-104. doi: 10.1016/j.avb.2011.09.002
- Dutton, D. G. y Golant, S. K. (1999). *El golpeador. Un perfil psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Easton, C. J., Mandel, D. L., Hunkele, K. A., Nich, C., Rounsaville, B. J. y Carroll, K. M. (2007). A cognitive behavioral therapy for alcohol-dependent domestic violence offenders: An integrated substance abuse-domestic violence treatment approach (SADV). *The American Journal on Addictions*, 16, 24-31.
- Easton, C. J. y Sinha, R. (2002). Treating the addicted male batterer: Promising directions for dual-focused programming *The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence* (pp. 275-292). New York: Brunner-Routledge.
- Easton, C. J., Swan, S. y Sinha, R. (2000). Prevalence of family violence entering substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 23-28.
- Echauri, J. A., Fernández-Montalvo, J., Martínez, M. y Azkarate, J. M. (2013). Effectiveness of a treatment programme for immigrants who committed gender-based violence against their partners. *Psicothema*, 25(1), 49-54. doi: 10.7334/psicothema2012.75
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Corral, P. (2009). Effectiveness of a cognitive-behavioral programme in the treatment of male batterers in a community setting: A review of ten years (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 199-217.
- Echeburúa, E. (1994). Trastornos de personalidad: concepto y evaluación. In E. Echeburúa (Ed.), *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Amor, P. J. y Fernández-Montalvo, J. (2002). *Vivir sin violencia. Aprender un nuevo estilo de vida*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Loinaz, I. y Corral, P. (2010). Severe Intimate Partner Violence Risk Prediction Scale-Revised. *Psicothema*, 22(4), 1054-1060.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.

- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(107), 325-340.
- Echeburúa, E., Corral, P., Fernández-Montalvo, J. y Amor, P. J. (2004). ¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la pareja? *Papeles del Psicólogo*, 88, 20-28.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 627-654.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2004). Violencia doméstica: ¿es el agresor un enfermo? *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 11, 297-303.
- Echeburúa, E., Corral, P., Fernández-Montalvo, J. y Amor, P. J. (2004). ¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la pareja? *Papeles del Psicólogo*, 88, 20-28.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(89), 355-384.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. In E. Echeburúa y P. Corral (Eds.), *Manual de violencia familiar* (pp. 73-175). Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1999). La patología de los celos: análisis descriptivo y propuestas terapéuticas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25(99), 5-25.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2009). Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(1), 5-20.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Amor, P. J. (2003). Psychopathological profile of men convicted of gender violence: A study in the prisons of Spain. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(7), 798-812. doi: 10.1177/0886260503253300
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Amor, P. J. (2006). Psychological treatment of men convicted of gender violence: A pilot study in Spanish prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50(1), 57-70.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Corral, P. (2008). Are there any differences between severe violence and non-severe violence in the intimate partner violence? A comparative analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2), 355-382.

- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., Corral, P. y López-Goñi, J. J. (2009). Assessing risk markers in intimate partner femicide and severe violence: A new assessment instrument. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(6), 925-939.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y De la Cuesta, J. L. (2001). Articulación de medidas penales y de tratamiento psicológico en los hombres violentos en el hogar. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1(2), 19-31.
- Echeburúa, E., González-Ortega, I., Corral, P. y Polo-López, R. (2013). Pathological gamblers and a non-psychiatric control group taking gender differences into account. *Spanish Journal of Psychology*, 16. doi: 10.1017/sjp.2013.2
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Amor, P. J. y Corral, P. (2010). Variables predictoras del rechazo, abandono y fracaso terapéutico en hombres violentos contra su pareja tratados psicológicamente en un marco comunitario. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 403-420.
- Echeburúa, E., Sarasúa, B., Zubizarreta, I., Amor, P. J. y Corral, P. (2010). Predictors of refusal, dropout and therapeutic failure among men attending a community batterer treatment program. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 403-420.
- Echeburúa, E., Sarasúa, B., Zubizarreta, I. y Corral, P. (2009). Effectiveness of a cognitive-behavioral programme in the treatment of male batterers in a community setting: A review of ten years (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 199-217.
- Eckhardt, C., Holtzworth-Munroe, A., Norlander, B., Sibley, A. y Cahill, M. (2008). Readiness to change, partner violence subtypes, and treatment outcomes among men in treatment for partner assault. *Violence and Victims*, 23(4), 446-475. doi: 10.1891/0886-6708.23.4.446
- Eckhardt, C. I., Murphy, C. M., Whitaker, D. J., Sprunger, J., Dykstra, R. y Woodard, K. (2013). The effectiveness of intervention programs for perpetrators and victims of intimate partner violence. *Partner Abuse*, 4(196-231).
- Edelen, M. A., Miles, J. N. V., Osilla, K. C. y Wenzel, S. L. (2008). Further validity evidence for the Dimensions of Change in therapeutic community treatment instrument. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34(3), 285-292.
- Edleson, J. L. y Grusznski, R. J. (1989). Treating men who batter: Four years of outcome data from the Domestic Abuse Project. *Journal of Social Service Research*, 12(1-2), 3-22.
- Edleson, J. L. y Syers, M. (1990). Relative effectiveness of group treatments for men who batter. *Social Work Research y Abstracts*, 26(2), 10-17.

- Ernst, A. A., Weiss, S. J., Morgan-Edwards, S., Rihani, T., Coffman, B., Clark, R., . . . Valdez, M. (2012). Derivation and validation of a short emergency department screening tool for perpetrators of intimate partner violence: The Perpetrator Rapid Scale (PERPS). *Journal of Emergency Medicine*, 42(2), 206-217. doi: 10.1016/j.jemermed.2011.01.032
- Espinar, E. (2006). *Violencia de género y procesos de empobrecimiento*. Córdoba: Servicios de Publicaciones de la Universidad de Córdoba.
- Expósito, F. y Ruiz, S. (2010). Reeducción de maltratadores: una experiencia de intervención desde la perspectiva de género. *Intervención Psicosocial*, 19, 145-151.
- Fagan, J. A. (1993). Interactions among drugs, alcohol, and violence. *Health Affairs*, 12(4), 65-79. doi: 10.1377/hlthaff.12.4.65
- Fagan, J. A., Stewart, D. K. y Hansen, K. V. (1983). Violent men or violent husbands. In D. Finkelhor, R. J. Gelles, G. T. Hotaling y M. A. Straus (Eds.), *The dark side of families: Current family violence research* (pp. 49-67). Beverly Hills, CA: Sage.
- Fals-Stewart, W. y Kennedy, C. (2005). Addressing intimate partner violence in substance-abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29(1), 5-17.
- Fariña, F., Arce, R. y Buela-Casal, G. (2009). *Violencia de género. Tratado psicológico y legal*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Faulkner, K., Stoltenberg, C. D., Cogen, R., Nolder, M. y Shooter, E. (1992). Cognitive-behavioral group treatment for male spouse abusers. *Journal of Family Violence*, 7(1), 37-55. doi: 10.1007/bf00978723
- Fazel, S., Bains, P. y Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: A systematic review. *Addiction*, 101, 181-191. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x
- Feazell, C. S., Mayers, R. S. y Deschner, J. (1984). Services for men who batter: Implications for programs and policies. *Family Relations*, 33(2), 217-223. doi: 10.2307/583786
- Feder, L. y Wilson, D. B. (2005). A meta-analytic review of court-mandated batterer intervention programs: Can courts affect abusers' behavior? *Journal of Experimental Criminology*, 1, 239-262.
- Felson, R. B. y Staff, J. (2010). The effects of alcohol intoxication on violent versus other offending. *Criminal Justice and Behavior*, 37(12), 1343-1360. doi: 10.1177/0093854810382003
- Fernandez-Hermida, J. R., Secades, R., Fernandez, J. J. y Marina, P. A. (2002). Effectiveness of a therapeutic community treatment in Spain: A long-term follow-up study. *European Addiction Research*, 8(1), 22-29.

- Fernández-Montalvo, J., Echauri, J., Martínez, M. y Azcárate, J. M. (2011). Violencia de género e inmigración: perfil diferencial de hombres maltratadores nacionales e inmigrantes. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19(2), 439-452.
- Fernández-Montalvo, J., Echauri, J. A., Martínez, M. y Azkarate, J. M. (2012). Batterer men in prison and in court-referred treatment programmes: What is the difference? *Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 315-322. doi: 10.5209/rev_.2012.v15.n1.37338
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 151-180.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de la violencia en el hogar: un caso clínico de un maltratador. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24(96), 581-614.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1999). Violencia familiar: perfil psicológico del maltratador y estrategias de intervención. *Huarte de San Juan Psicología y Pedagogía*, 4-5, 159-174.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2005). Hombres condenados por violencia grave contra la pareja: un estudio psicopatológico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31(138), 451-475.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja: un estudio en las cárceles españolas. *Psicothema*, 20, 193-198.
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E. y Amor, P. J. (2005). Aggressors against women in prison and in the community: An exploratory study of a differential profile. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(2), 158-167. doi: 10.1177/0306624x04269005
- Fernández-Montalvo, J. y López-Goñi, J. J. (2010). Comparison of completers and dropouts in psychological treatment for cocaine addiction. *Addiction Research y Theory*, 18(4), 433-441.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J. y Arteaga, A. (2011). Addressing intimate partner violence in substance-abuse treatment programmes: A challenge for the future. *Adicciones*, 23(1), 5-9.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J. y Arteaga, A. (2012). Violent behaviors in drug addiction: Differential profiles of drug-addicted patients with and without violence problems. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(1), 142-157. doi: 10.1177/0886260511416475
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Arteaga, A. y Cacho, R. (2013). Criminological profile of patients in addiction treatment. *Adicciones*, 25(2), 146-155.

- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Azanza, P. y Cacho, R. (en prensa). Gender differences in drug-addicted patients in treatment. *The American Journal on Addictions*.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Illescas, C., Landa, N. y Lorea, I. (2007). Relapse precipitants in addictions: Results in a therapeutic community. *Journal of Addictive Diseases*, 26, 55-61. doi: 10.1300/J069v26n04_07
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Illescas, C., Landa, N. y Lorea, I. (2008). Evaluation of a therapeutic community treatment program: A long-term follow-up study in Spain. *Substance Use y Misuse*, 43(10), 1362-1377.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Landa, N., Illescas, C., Lorea, I. y Zarzuela, A. (2004). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 271-283.
- Ferrer, V. A., Bosch, E., Ramis, M. C., Torres, G. y Navarro, C. (2006). Women abuse: Beliefs and attitudes in university students. [La violencia contra las mujeres en la pareja: creencias y actitudes en estudiantes universitarios/as.]. *Psicothema*, 18(3), 359-366.
- Field, C. A. y Caetano, R. (2003). Longitudinal model predicting partner violence among White, Black, and Hispanic couples in the United States. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(9), 1451-1458. doi: 10.1097/01.alc.0000086066.70540.8c
- Fife, R. S., Ebersole, C., Bigatti, S., Lane, K. A. y Huber, L. R. B. (2008). Assessment of the relationship of demographic and social factors with intimate partner violence (IPV) among Latinas in Indianapolis. *Journal of Womens Health*, 17(5), 769-775. doi: 10.1089/jwh.2007.0759
- Finneran, C. y Stephenson, R. (2013). Intimate partner violence among men who have sex with men: A systematic review. *Trauma Violence y Abuse*, 14(2), 168-185. doi: 10.1177/1524838012470034
- Foshee, V. A., Linder, F., MacDougall, J. E. y Bangdiwala, S. (2001). Gender differences in the longitudinal predictors of adolescent dating violence. *Preventive Medicine*, 32(2), 128-141. doi: 10.1006/pmed.2000.0793
- Foshee, V. A., Reyes, H. L. y Ennett, S. T. (2010). Examination of sex and race differences in longitudinal predictors of the initiation of adolescent dating violence perpetration. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 19(5), 492-516. doi: 10.1080/10926771.2010.495032
- Fowler, D. N. y Faulkner, M. (2011). Interventions targeting substance abuse among women survivors of intimate partner abuse: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41(4), 386-398. doi: 10.1016/j.jsat.2011.06.001

- Fritz, P. A., Slep, A. M. y O'Leary, K. D. (2012). Couple-level analysis of the relation between family-of-origin aggression and intimate partner violence. *Psychology of Violence*, 2(2), 139-153. doi: 10.1037/a0027370
- Garcia, L., Hurwitz, E. L. y Kraus, J. F. (2005). Acculturation and reported intimate partner violence among Latinas in Los Angeles. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(5), 569-590. doi: 10.1177/0886260504271582
- Gavari, E. (2008). Algunas reflexiones acerca de la evolución del consumo de drogas en España. In E. Gavari Starkie (Ed.), *Implicaciones educativas de las drogodependencias. Prevención y tratamiento* (pp. 17-26). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Geldschläger, H. y Ginés, O. (2013). Abordaje terapéutico de hombres que ejercen violencia de género. . *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 20(2), 89-99.
- Gerstenberger, C. B. y Williams, K. R. (2013). Gender and intimate partner violence: Does dual arrest reveal gender symmetry or asymmetry? *Journal of Interpersonal Violence*, 28(8), 1561-1578. doi: 10.1177/0886260512468325
- Gidycz, C. A., Warkentin, J. B. y Orchowski, L. M. (2007). Predictors of perpetration of verbal, physical, and sexual violence: A prospective analysis of college men. *Psychology of Men and Masculinity*, 8(2), 79-94.
- Glass, N., Perrin, N., Hanson, G., Mankowski, E., Bloom, T. y Campbell, J. (2009). Patterns of partners' abusive behaviors as reported by Latina and non-Latina survivors. *Journal of Community Psychology*, 37(2), 156-170. doi: 10.1002/jcop.20286
- Goldberg, N. G. y Meyer, I. H. (2013). Sexual orientation disparities in history of intimate partner violence: Results from the California Health Interview Survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(5), 1109-1118. doi: 10.1177/0886260512459384
- Goldkamp, J. S., Weiland, D., Collins, M. y White, M. (1996). *The role of drugs and alcohol abuse in domestic violence and its treatment: Dade County's Domestic Violence Court Experiment*. Executive Summary of a Crime and Justice Research Institute Study: National Institute of Justice.
- Goldman, L. S., Horan, D., Warshaw, C., Kaplan, S. y Hendricks-Matthews, M. B. (1995). *Diagnostic and treatment guidelines on mental health effects of family violence*. Chicago: American Medical Association.
- Goldstein, P. (1985). The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 15(4), 493-506.
- Goldstein, P. (1989). Drugs and violent crime. In N. A. Weiner y M. E. Wolfgang (Eds.), *Pathways to criminal violence* (pp. 16-48). Beverly Hills: SAGE.

- Gondolf, E. W. (1988). Who are those guys? Toward a behavioral typology of batterers. *Violence and Victims*, 3(3), 187-203.
- Gondolf, E. W. (1997). Batterer programs: What we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, 12(1), 83-98. doi: 10.1177/088626097012001006
- Gondolf, E. W. (2011). The weak evidence for batterer program alternatives. *Aggression and Violent Behavior*, 16(4), 347-353. doi: 10.1016/j.avb.2011.04.011
- Gondolf, E. W. y White, R. J. (2001). Batterer program participants who repeatedly reassault: Psychopathic tendencies and other disorders. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 361-380.
- Gonzalez-Guarda, R. M., Ortega, J., Vasquez, E. P. y De Santis, J. (2010). La mancha negra: Substance abuse, violence, and sexual risks among Hispanic males. *Western Journal of Nursing Research*, 32(1), 128-148. doi: 10.1177/0193945909343594
- Gonzalez-Guarda, R. M., Peragallo, N., Urrutia, M. T., Vasquez, E. P. y Mitrani, V. B. (2008). HIV risks, substance abuse, and intimate partner violence among Hispanic women and their intimate partners. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 19(4), 252-266. doi: 10.1016/j.jana.2008.04.001
- Gonzalez-Guarda, R. M., Vasquez, E. P., Urrutia, M. T., Villarruel, A. M. y Peragallo, N. (2011). Hispanic women's experiences with substance abuse, intimate partner violence, and risk for HIV. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(1), 46-54. doi: 10.1177/1043659610387079
- González de Rivera, J. L. (2002). *Versión española del SCL-90-R*. Madrid: TEA.
- González-Saiz, F., Salvador, J. M., Martínez-Delgado, J. M., López-Cárdenas, A., Ruz, I. y Guerra, D. (2002). El *Addiction Severity Index* (ASI): a propósito de una revisión. In I. Iraurgi y F. González-Saiz (Eds.), *Instrumentos de evaluación en drogodependencias*. Madrid: Aula Médica Ediciones.
- Gossop, M., Trakada, K., Stewart, D. y Witton, J. (2005). Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug and Alcohol Dependence*, 79(3), 295-302. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.01.023
- Gottman, J. M., Jacobson, N. S., Rushe, R. H., Shortt, J. W., Babcock, J., Lataillade, J. J. y Waltz, J. (1995). The relationship between heart-rate reactivity, emotionally aggressive-behavior, and general violence in batterers. *Journal of Family Psychology*, 9(3), 227-248. doi: 10.1037//0893-3200.9.3.227
- Graña, J. L., Muñoz, J. J. y Navas, E. (2009). Normal and pathological personality characteristics in subtypes of drug addicts undergoing treatment. *Personality and Individual Differences*, 46, 418-423.

- Greene, A. F., Coles, C. J. y Johnson, E. H. (1994). Psychopathology and anger in interpersonal violence offenders. *Journal of Clinical Psychology*, 50(6), 906-912. doi: 10.1002/1097-4679(199411)50:6<906::aid-jclp2270500615>3.0.co;2-j
- Grusznski, R. J. y Carrillo, T. P. (1988). Who completes batterer's treatment groups? *Journal of Family Violence*, 3(2), 141-150.
- Grych, J. y Swan, S. (2012). Toward a more comprehensive understanding of interpersonal violence: Introduction to the special issue on interconnections among different types of violence. *Psychology of Violence*, 2(2), 105-110. doi: 10.1037/a0027616
- Gulec, D., Yetim, D. y Melih, E. (2012). Psychosocial factors affecting various types of intimate partner violence against women. *Turkish Journal of Psychiatry*, 23(2), 75-81.
- Hamberger, L. K. y Hastings, J. E. (1986). Personality correlates of men who abuse their partners: A cross-validation study. *Journal of Family Violence*, 1(4), 323-341.
- Hamberger, L. K. y Hastings, J. E. (1988). Skills training for treatment of spouse abusers: an outcome study. *Journal of Family Violence*, 3, 121-130.
- Hamberger, L. K. y Hastings, J. E. (1989). Counseling male spouse abusers: characteristics of treatment completers and dropouts. *Violence and Victims*, 4(4), 275-286.
- Hamberger, L. K. y Hastings, J. E. (1993). Court-mandated treatment of men who assault their partner. In Z. Hilton (Ed.), *Legal responses to wife assault: Current trends and evaluation* (pp. 188-229). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Hamberger, L. K., Lohr, J. M., Bonge, D. y Tolin, D. F. (1996). A large sample empirical typology of male spouse abusers and its relationship to dimensions of abuse. *Violence and Victims*, 11(4), 277-292.
- Hamberger, L. K., Lohr, J. M. y Gottlieb, M. (2000). Predictors of treatment dropout from a spouse abuse abatement program. *Behavior Modification*, 24(4), 528-552. doi: 10.1177/0145445500244003
- Harris, J. (1986). Counseling violent couples using walker model. *Psychotherapy*, 23(4), 613-621. doi: 10.1037/h0085665
- Harris, R., Savage, S., Jones, T. y Brooke, W. (1988). A comparison of treatments for abusive men and their partners within a family-service agency. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 7(2), 147-155.
- Heise, L. L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262-290. doi: 10.1177/1077801298004003002

- Hellmuth, J. C., Follansbee, K. W., Moore, T. M. y Stuart, G. L. (2008). Reduction of intimate partner violence in a gay couple following alcohol treatment. *Journal of Homosexuality*, 54(4), 439-448.
- Herrenkohl, T. I., Kosterman, R., Mason, W. A. y Hawkins, J. D. (2007). Youth violence trajectories and proximal characteristics of intimate partner violence. *Violence and Victims*, 22(3), 259-274. doi: 10.1891/088667007780842793
- Holtzworth-Munroe, A., Bates, L., Smutzler, N. y Sandin, E. (1997). A brief review of the research on husband violence. Part 1: Maritally violent versus nonviolent men. *Aggression and Violent Behavior*, 2(1), 65-99. doi: 10.1016/s1359-1789(96)00015-8
- Holtzworth-Munroe, A., Marshall, A. D., Meehan, J. C. y Rehman, U. (2003). Physical aggression. In D. K. Snyder y M. A. Whisman (Eds.), *Treating difficult couples: Helping clients with coexisting mental and relationship disorders* (pp. 201-231). New York: Guilford Press.
- Holtzworth-Munroe, A. y Meehan, J. C. (2002). Husband violence: Personality disorders among male batterers. *Current Psychiatry Reports*, 4(1), 13-17. doi: 10.1007/s11920-002-0006-9
- Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J. C., Herron, K., Rehman, U. y Stuart, G. L. (2000). Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart (1994) batterer typology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1000-1019. doi: 10.1037//0022-006x.68.6.1000
- Holtzworth-Munroe, A. y Stuart, G. L. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116, 476-497.
- Instituto de la Mujer. (2006). *III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres: informe de resultados*. Madrid: Anaya.
- Instituto Nacional de Estadística. (2011). *Cifras INE: Seguridad y Justicia*. Recuperado el 30 de enero de 2013 de: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ESyc=INECifrasINE_Cycid=1259931336421yp=1254735116567ypagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas - NIDA. (2003). *Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes: una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*, 2ª ed. Bethesda, Maryland: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- Jacobson, N. y Gottman, J. M. (1998). *When men batter women: New insights into ending abusive relationships*. New York: Simon y Schuster.
- Jasinski, J. L. y Kantor, G. K. (2001). Pregnancy, stress and wife assault: Ethnic differences in prevalence, severity, and onset in a national sample. *Violence and Victims*, 16(3), 219-232.

- Jewell, L. M. y Wormith, J. S. (2010). Variables associated with attrition from domestic violence treatment programs targeting male batterers: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 37(10), 1086-1113. doi: 10.1177/0093854810376815
- Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: Causes and prevention. *Lancet*, 359(9315), 1423-1429. doi: 10.1016/s0140-6736(02)08357-5
- Johnson, M. P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 57(2), 283-294. doi: 10.2307/353683
- Johnson, R., Gilchrist, E., Beech, A. R., Weston, S., Takriti, R. y Freeman, R. (2006). A psychometric topology of UK domestic violence offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(10), 1270-1285. doi: 10.1177/0886260506291655
- Kar, H. L. y O'Leary, K. D. (2013). Patterns of psychological aggression, dominance, and jealousy within marriage. *Journal of Family Violence*, 28(2), 109-119. doi: 10.1007/s10896-012-9492-7
- Kerr, D. C. R. y Capaldi, D. M. (2011). Young men's intimate partner violence and relationship functioning: long-term outcomes associated with suicide attempt and aggression in adolescence. *Psychological Medicine*, 41(4), 759-769. doi: 10.1017/s0033291710001182
- Klein, A. R. y Tobin, T. (2008). A longitudinal study of arrested batterers, 1995-2005. Career criminals. *Violence Against Women*, 14(2), 136-157. doi: 10.1177/1077801207312396
- Klostermann, K., Kelley, M. L., Mignone, T., Pusateri, L. y Fals-Stewart, W. (2010). Partner violence and substance abuse: Treatment interventions. *Aggression and Violent Behaviour*, 15, 162-166.
- Klostermann, K. C. (2006). Substance abuse and intimate partner violence: treatment considerations. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 1. doi: 10.1186/1747-597x-1-24
- Klostermann, K. C. y Fals-Stewart, W. (2006). Intimate partner violence and alcohol use: Exploring the role of drinking in partner violence and its implications for intervention. *Aggression and Violent Behavior*, 11(6), 587-597.
- Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.
- Korman, L. M., Collins, J., Dutton, D., Dhayananthan, B., Littman-Sharp, N. y Skinner, W. (2008). Problem gambling and intimate partner violence. *Journal of Gambling Studies*, 24(1), 13-23.

- Kraanen, F. L., Vedel, E., Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. G. (2013a). Screening on perpetration and victimization of intimate partner violence (IPV): Two studies on the validity of an IPV screening instrument in patients in substance abuse treatment. *Plos One*, 8(5). doi: 10.1371/journal.pone.0063681
- Kraanen, F. L., Vedel, E., Scholing, A. y Emmelkamp, P. M. G. (2013b). The comparative effectiveness of integrated treatment for substance abuse and partner violence (I-StoP) and substance abuse treatment alone: A randomized controlled trial. *Bmc Psychiatry*, 13. doi: 10.1186/1471-244x-13-189
- Kropp, P. R., Hart, S., Webster, C. y Eaves, D. (1999). Spousal Risk Assessment guide user's manual. Toronto: Multi-Health Systems and BC Institute Against Family Violence.
- Kropp, P. R. y Hart, S. D. (2000). The Spousal Assault Risk Assessment (SARA) guide: Reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behavior*, 24(1), 101-118. doi: 10.1023/a:1005430904495
- Kuhns, J. B. y Clodfelter, T. A. (2009). Illicit drug-related psychopharmacological violence: The current understanding within a causal context. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 69-78. doi: 10.1016/j.avb.2008.11.001
- Labrador, F. J., Rincón, P. P., De Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica: programa de actuación*. Madrid: Anaya.
- Landa, N., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J. y Lorea, I. (2006). Psychopathological comorbidity in alcoholism: A descriptive study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 253-269.
- Langenderfer, L. (2013). Alcohol use among partner violent adults: Reviewing recent literature to inform intervention. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 152-158.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Huss, M. T. y Ramsey, S. (2000). The clinical utility of batterer typologies. *Journal of Family Violence*, 15(1), 37-53. doi: 10.1023/a:1007597319826
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A. y Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general sca. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Lavoie, F., Herbert, M., Tremblay, R., Vitaro, F., Vezina, L. y McDuff, P. (2002). History of family dysfunction and perpetration of dating violence by adolescent boys: A longitudinal study. *Journal of Adolescent Health*, 30, 375-383.

- Leisring, P. A. (2013). Physical and emotional abuse in romantic relationships: Motivation for perpetration among college women. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(7), 1437-1454. doi: 10.1177/0886260512468236
- Leonard, K. E. (2005). Alcohol and intimate partner violence: when can we say that heavy drinking is a contributing cause of violence? *Addiction*, 100(4), 422-425.
- Lila, M., Catalá, A., Conchell, R., García, A., Lorenzo, M. V., Pedrón, V. y Terreros, E. (2010). Una experiencia de investigación, formación e intervención con hombres penados por violencia contra la mujer en la Universidad de Valencia: Programa Contexto. *Intervención Psicosocial*, 19, 167-179.
- Lila, M., Gracia, E. y Murgui, S. (2013). Psychological adjustment and victim-blaming among intimate partner violence offenders: The role of social support and stressful life events. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 5(2), 147-153. doi: 10.5093/ejpalc2013a4
- Lila, M., Oliver, A., Galiana, L. y Gracia, E. (2013). Predicting success indicators of an intervention programme for convicted intimate-partner violence offenders: The Contexto Programme. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 5(1), 73-95.
- Linder, J. R. y Collins, W. A. (2005). Parent and peer predictors of physical aggression and conflict management in romantic relationships in early adulthood. *Journal of Family Psychology*, 19(2), 252-262. doi: 10.1037/0893-3200.19.2.252
- Lipsky, S. y Caetano, R. (2011). Intimate partner violence perpetration among men and emergency department use. *Journal of Emergency Medicine*, 40(6), 696-703. doi: 10.1016/j.jemermed.2008.04.043
- Lipsky, S., Krupski, A., Roy-Byrne, P., Lucenko, B., Mancuso, D. y Huber, A. (2010). Effect of co-occurring disorders and intimate partner violence on substance abuse treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 231-244.
- Loeber, R. y Stouthamer-Loeber, M. (1998). Juvenile aggression at home and at school. In D. S. Elliott, B. A. Hamburg y K. R. Williams (Eds.), *Violence in American schools* (pp. 95-126). New York: Cambridge University Press.
- Loinaz, I. y Echeburúa, E. (2010). Necesidades terapéuticas en agresores de pareja según su perfil diferencial. *Clínica Contemporánea*, 1(2), 85-95.
- Loinaz, I., Echeburúa, E. y Torrubia, R. (2010). Tipología de agresores contra la pareja en prisión. *Psicothema*, 22(1), 106-111.
- Loinaz, I., Echeburúa, E. y Ullate, M. (2012). Attachment style, empathy and self-esteem in partner-violent men. *Terapia Psicológica*, 30(2), 61-70.

- Lorea, I., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J. y Landa, N. (2009). Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad: un estudio con el MCMI-II. *Adicciones*, 21(1), 57-63.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Crítica.
- Lovestad, S. y Krantz, G. (2012). Men's and women's exposure and perpetration of partner violence: An epidemiological study from Sweden. *BMC Public Health*, 12(945). doi: 10.1186/1471-2458-12-945
- Lown, E. A. y Vega, W. A. (2001). Prevalence and predictors of physical partner abuse among Mexican American women. *American Journal of Public Health*, 91(3), 441-445. doi: 10.2105/ajph.91.3.441
- López, A. (2006). *Conflictos sociales, riesgos y problemas de drogas*. Paper presented at the 20 Congreso "Sociedad, familia y drogas", Madrid.
- López-Goñi, J. J. (2008). Introducción a los modelos de tratamiento en drogodependencias. In E. Gavari Starkie (Ed.), *Implicaciones educativas de las drogodependencias. Prevención y tratamiento* (pp. 93-118). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J. y Arteaga, A. (2012a). Addiction treatment dropout: Exploring patients' characteristics. *American Journal on Addictions*, 21(1), 78-85. doi: 10.1111/j.1521-0391.2011.00188.x
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J. y Arteaga, A. (2012b). Predictive validity of the EuropAsi: Clinical diagnosis or composite scoring? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(4), 392-399.
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Illescas, C., Landa, N. y Lorea, I. (2008a). Determining socio-demographic predictors of treatment dropout: Results in a therapeutic community. *International Journal of Social Welfare*, 17(4), 374-378.
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Illescas, C., Landa, N. y Lorea, I. (2008b). Razones para el abandono del tratamiento en Proyecto Hombre. *Trastornos Adictivos*, 10(2), 104-111.
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Menéndez, J. C., Yudego, F., García, A. y Esarte, S. (2010). Group and individual change in the treatment of drug addictions: A follow-up study in therapeutic community. *Psychology of Addictive Behaviors*.
- Macy, R. J. y Goodbourn, M. (2012). Promoting successful collaborations between domestic violence and substance abuse treatment service sectors: A review of the literature. *Trauma Violence y Abuse*, 13(4), 234-251. doi: 10.1177/1524838012455874
- Madina, J. (1994). Perfil psicosocial y tratamiento del hombre violento con su pareja en el hogar. In E. Echeburúa (Ed.), *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.

- Maiden, R. (1997). Alcohol dependence and domestic violence: Incidence and treatment implications. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 15, 31-50.
- Marshall, B. D. L., Fairbairn, N., Li, K., Wood, E. y Kerr, T. (2008). Physical violence among a prospective cohort of injection drug users: A gender-focused approach. *Drug and Alcohol Dependence*, 97(3), 237-246.
- Martin, B. A., Cui, M., Ueno, K. y Fincham, F. D. (2013). Intimate partner violence in interracial and monoracial couples. *Family Relations*, 62(1), 202-211. doi: 10.1111/j.1741-3729.2012.00747.x
- Martin, K. R. y Garcia, L. (2011). Unintended pregnancy and intimate partner violence before and during pregnancy among Latina women in Los Angeles, California. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(6), 1157-1175. doi: 10.1177/0886260510368154
- Martin, S. E. y Bryant, K. (2001). Gender differences in the association of alcohol intoxication and illicit drug abuse among persons arrested for violent and property offenses. *Journal of Substance Abuse*, 13(4), 563-581.
- Martínez, M. y Pérez, M. (2009). *Evaluacion criminológica y psicológica de los agresores domésticos*. Barcelona: Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya.
- Maxfield, M. G. y Widom, C. S. (1996). The cycle of violence: Revisited six years later. *Archives of Pediatrics y Adolescent Medicine*, 150(4), 390-395.
- McCloskey, L. A. y Lichter, E. L. (2003). The contribution of marital violence to adolescent aggression across different relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(4), 390-412. doi: 10.1177/0886260503251179
- McDermott, R. C. y Lopez, F. G. (2013). College men's intimate partner violence attitudes: Contributions of adult attachment and gender role stress. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 127-136. doi: 10.1037/a0030353
- McKinney, C. M., Caetano, R., Ramisetty-Mikler, S. y Nelson, S. (2009). Childhood family violence and perpetration and victimization of intimate partner violence: Findings from a national population-based study of couples. *Annals of Epidemiology*, 19(1), 25-32. doi: 10.1016/j.annepidem.2008.08.008
- McKinney, C. M., Caetano, R., Rodriguez, L. A. y Okoro, N. (2010). Does alcohol involvement increase the severity of intimate partner violence? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(4), 655-658. doi: 10.1111/j.1530-0277.2009.01134.x

- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E. y O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*(168), 26-33.
- Medina, J. J. (2002). *Violencia contra la mujer en la pareja: investigación comparada y situación en España*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Medina-Ariza, J. y Barberet, R. (2003). Intimate partner violence in Spain - Findings from a national survey. *Violence against Women*, 9(3), 302-322. doi: 10.1177/1077801202250073
- Mericle, A. A. y Havassy, B. E. (2008). Characteristics of recent violence among entrants to acute mental health and substance abuse services. *Annual meeting of the College on Problems of Drug Dependence*, 43(5), 392-402.
- Messing, J. T. y Thaller, J. (2013). The average predictive validity of intimate partner violence risk assessment instruments. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(7), 1537-1558. doi: 10.1177/0886260512468250
- Mignone, T., Klostermann, K. y Chen, R. (2009). The relationship between relapse to alcohol and relapse to violence. *Journal of Family Violence*, 24(7), 497-505. doi: 10.1007/s10896-009-9248-1
- Millett, L. S., Kohl, P. L., Jonson-Reid, M., Drake, B. y Petra, M. (2013). Child maltreatment victimization and subsequent perpetration of young adult intimate partner violence: An exploration of mediating factors. *Child Maltreatment*, 18(2), 71-84. doi: 10.1177/1077559513484821
- Millon, T. (2004). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III)*. Madrid: TEA.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Información estadística de violencia de género. Informe Mensual. Junio de 2012*. Recuperado el 21 de enero de 2013 de: http://www.msc.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/boletinmensual/docs/Boletin_Estadistico_Junio2012.pdf.
- Ministerio del Interior. (2011). *Evolución de la criminalidad. Balance 2010*. Recuperado el 29 de enero de 2013 de: <http://www.interior.gob.es/file/11/11180/11180.pdf>.
- Ministerio del Interior. (2012). *Evolución de la criminalidad. Balance 2011*. Recuperado el 29 de enero de 2013 de: <http://www.interior.gob.es/file/55/55620/55620.pdf>.
- Ministerio del Interior. (2013). *Anuario Estadístico del Ministerio del Interior*. Recuperado el 15 de octubre de 2013 de: <http://www.interior.gob.es/file/63/63661/63661.pdf>.

- Monson, C. M. y Langhinrichsen-Rohling, J. (1998). Sexual and nonsexual marital aggression: Legal considerations, epidemiology, and an integrated typology of perpetrators. *Aggression and Violent Behavior*, 3(4), 369-389. doi: 10.1016/s1359-1789(97)00005-0
- Moore, T. M. y Stuart, G. L. (2004). Illicit substance use and intimate partner violence among men in batterers' intervention. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(4), 385-389.
- Moore, T. M. y Stuart, G. L. (2005). A review of the literature on marijuana and interpersonal violence. *Aggression and Violent Behavior*, 10(2), 171-192.
- Moore, T. M., Stuart, G. L., Meehan, J. C., Rhatigan, D. L., Hellmuth, J. C. y Keen, S. M. (2008). Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 247-274.
- Mora, H. (2008). *Manual de protección a víctimas de violencia de género*. San Vicente (Alicante): Editorial Club Universitario.
- Morales, P. (2013). *El tamaño del efecto (effect size): análisis complementarios al contraste de medias*. Recuperado el 17 de febrero de 2014 de: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oDeIEfecto.pdf>.
- Moreno, C. L. (2007). The relationship between culture, gender, structural factors, abuse, trauma, and HIV/AIDS for Latinas. *Qualitative Health Research*, 17(3), 340-352. doi: 10.1177/1049732306297387
- Murphy, C. M. y Meis, L. A. (2008). Individual treatment of intimate partner violence perpetrators. *Violence and Victims*, 23(2), 173-186. doi: 10.1891/0886-6708.23.2.173
- Murphy, C. M. y O'Farrell, T. J. (1994). Factors associated with marital aggression in male alcoholics. *Journal of Family Psychology*, 8, 321-335.
- Murphy, C. M. y O'Leary, K. D. (1989). Psychological aggression predicts physical aggression in early marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 579-582. doi: 10.1037/0022-006x.57.5.579
- Murphy, C. M., O'Farrell, T. J., Fals-Stewart, W. y Feehan, M. (2001). Correlates of intimate partner violence among male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 528-540.
- Murphy, C. M., Taft, C. T. y Eckhardt, C. I. (2007). Anger problem profiles among partner violent men: Differences in clinical presentation and treatment outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 54(2), 189-200. doi: 10.1037/0022-0167.54.2.189

- Murphy, C. M. y Ting, L. (2010). The effects of treatment for substance use problems on intimate partner violence: A review of empirical data. *Aggression and Violent Behavior*, 15(5), 325-333.
- Muñoz-Rivas, M. J., Gamez-Guadix, M., Graña, J. L. y Fernandez, L. (2010). Relationship between dating violence and use of alcohol and illegal drugs in Spanish adolescents and young adults. *Adicciones*, 22(2), 125-133.
- Mäkelä, K. (2004). Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index. *Addiction Research y Theory*(99), 398-410.
- Nabors, E. L. (2010). Drug use and intimate partner violence among college students: An in-depth exploration. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(6), 1043-1063. doi: 10.1177/0886260509340543
- Novo, M., Farina, F., Seijo, M. D. y Arce, R. (2012). Assessment of a community rehabilitation programme in convicted male intimate-partner violence offenders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(2), 219-234.
- Nybergh, L., Taft, C. y Krantz, G. (2012). Psychometric properties of the WHO Violence Against Women instrument in a male population-based sample in Sweden. *BMJ Open*, 2(6). doi: 10.1136/bmjopen-2012-002055
- O'Donnell, L., Stueve, A., Myint-U, A., Duran, R., Agronick, G. y Wilson-Simmons, R. (2006). Middle school aggression and subsequent intimate partner physical violence. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(5), 693-703. doi: 10.1007/s10964-006-9086-x
- O'Farrell, T. J. y Fals-Stewart, W. (2000). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 51-54.
- O'Farrell, T. J. y Fals-Stewart, W. (2006). *Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse*. New York: Guilford Press.
- O'Farrell, T. J., Fals-Stewart, W., Murphy, M. y Murphy, C. M. (2003). Partner violence before and after individually based alcoholism treatment for male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 92-102.
- O'Farrell, T. J. y Murphy, C. M. (1995). Marital violence before and after alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 256-262.
- O'Farrell, T. J., Murphy, C. M., Stephan, S. H., Fals-Stewart, W. y Murphy, M. (2004). Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for male alcoholic patients: The role of treatment involvement and abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 202-217. doi: 10.1037/0022-006x.72.2.202

- O'Farrell, T. J., Van Hutton, V. y Murphy, C. M. (1999). Domestic violence after alcoholism treatment: A two-year longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 317-321.
- O'Leary, K. D. (1988). Physical aggression between spouses: A social learning perspective. In V. B. V. Hasselt, R. L. Morrison, A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Handbook of family violence* (pp. 31-56). New York: Plenum Press.
- O'Leary, K. D., Heyman, R. E. y Neidig, P. H. (1999). Treatment of wife abuse: A comparison of gender-specific and conjoint approaches. *Behavior Therapy*, 30(3), 475-505. doi: 10.1016/s0005-7894(99)80021-5
- O'Leary, K. D., Malone, J. y Tyree, A. (1994). Physical aggression in early marriage: Prerelationship and relationship effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3), 594-602. doi: 10.1037//0022-006x.62.3.594
- O'Leary, K. D. y Slep, A. M. S. (2003). A dyadic longitudinal model of adolescent dating aggression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(3), 314-327. doi: 10.1207/s15374424jccp3203_01
- Oberleitner, L. M. S., Mandel, D. L. y Easton, C. J. (2013). Treatment of co-occurring alcohol dependence and perpetration of intimate partner violence: The role of anger expression. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(3), 313-318. doi: 10.1016/j.jsat.2013.03.001
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (1993). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer de la Asamblea General de las Naciones Unidas*. Recuperado el 11 de febrero de 2013 de: http://www2.ohchr.org/spanish/law/mujer_violencia.htm.
- Oram, S., Trevillion, K., Feder, G. y Howard, L. M. (2013). Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 202(2), 94-99. doi: 10.1192/bjp.bp.112.109934
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud.
- Ozer, E. J., Tschann, J. M., Pasch, L. A. y Flores, E. (2004). Violence perpetration across peer and partner relationships: Co-occurrence and longitudinal patterns among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 34(1), 64-71. doi: 10.1016/j.jadohealth.2002.12.001
- Pagelow, M. D. (1992). Adult victims of domestic violence: Battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(1), 87-120. doi: 10.1177/088626092007001008
- Palmer, S. E., Brown, R. A. y Barrera, M. E. (1992). Group treatment program for abusive husbands: Long-term evaluation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(2), 276-283. doi: 10.1037/h0079336

- Palmetto, N., Davidson, L. L., Breitbart, V. y Rickert, V. I. (2013). Predictors of physical intimate partner violence in the lives of young women: Victimization, perpetration, and bidirectional violence. *Violence and Victims*, 28(1), 103-121. doi: 10.1891/0886-6708.28.1.103
- Palmstierna, T., Haugan, G., Jarwson, S., Rasmussen, K. y Nottestad, J. A. (2012). Cognitive-behaviour group therapy for men voluntary seeking help for intimate partner violence. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(5), 360-365. doi: 10.3109/08039488.2012.665080
- Parker, R. N. y Auerhahn, K. (1998). Alcohol, drugs, and violence. *Annual Review of Sociology*, 24, 291-311. doi: 10.1146/annurev.soc.24.1.291
- Pence, E. y Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter: The Duluth model*. New York: Springer-Verlag.
- Peralta, R. L., Tuttle, L. A. y Steele, J. L. (2010). At the intersection of interpersonal violence, masculinity, and alcohol use: The experiences of heterosexual male perpetrators of intimate partner violence. *Violence against Women*, 16(4), 387-409. doi: 10.1177/1077801210363539
- Peña, M. E., Andreu, J. M., Graña, J. L., Pahlavan, F. y Ramirez, J. M. (2008). Moderate and severe aggression justification in instrumental and reactive contexts. *Social Behavior and Personality*, 36(2), 229-237. doi: 10.2224/sbp.2008.36.2.229
- Pickard, H. y Fazel, S. (2013). Substance abuse as a risk factor for violence in mental illness: Some implications for forensic psychiatric practice and clinical ethics. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(4), 349-354. doi: 10.1097/YCO.0b013e328361e798
- Quinteros, A. y Carbajosa, P. (2008). *Hombres maltratadores. Tratamiento psicológico de agresores*. Madrid: Grupo 5. Colección Acebo.
- Ravndal, E., Vaglum, P. y Lauritzen, G. (2005). Completion of long-term inpatient treatment of drug abusers: A prospective study from 13 different units. *European Addiction Research*, 11(4), 180-185.
- Rennison, C. M. y Welchans, S. (2000). *Bureau of Justice Statistics special report: Intimate partner violence*. Washington DC: US Department of Justice. Office of Statistics.
- Rhodes, K. V., Houry, D., Cerulli, C., Straus, H., Kaslow, N. J. y McNutt, L. A. (2009). Intimate partner violence and comorbid mental health conditions among urban male patients. *Annals of Family Medicine*, 7(1), 47-55. doi: 10.1370/afm.936
- Richards, T. N., Jennings, W. G., Tomsich, E. A. y Gover, A. R. (2013). A longitudinal examination of offending and specialization among a sample of Massachusetts domestic violence offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(3), 643-663. doi: 10.1177/0886260512455519

- Richter, R. (2011). Disparity and disasters: A frontline view of gender-based inequities in emergency aid and health care. In J. R. Wies y H. J. Haldane (Eds.), *Anthropology at the front lines of gender-based violence* (pp. 19-28). Nashville (Tennessee): Vanderbilt University Press.
- Roberts, A. R. (1988). Substance abuse among men who batter their mates. The dangerous mix. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5, 83-87.
- Rodriguez-Franco, L., Lopez-Cepero, J., Rodriguez-Diaz, F. J., Bringas, C., Estrada, C., Antuna, M. A. y Quevedo-Blasco, R. (2012). Labeling dating abuse: Undetected abuse among Spanish adolescents and young adults. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(1), 55-67.
- Rojas Marcos, L. (1995). *Las semillas de la violencia*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Romito, P., Beltramini, L. y Escriba-Aguir, V. (2013). Intimate partner violence and mental health among italian adolescents: Gender similarities and differences. *Violence Against Women*, 19(1), 89-106. doi: 10.1177/1077801212475339
- Rothman, E. F., Butchart, A. y Cerdá, M. (2003). *Intervening with perpetrators or intimate partner violence: A global perspective*. Geneva: World Health Organization.
- Rothman, E. F., Stuart, G. L., Greenbaum, P. E., Heeren, T., Bowen, D. J., Vinci, R., . . . Bernstein, J. (2011). Drinking style and dating violence in a sample of urban, alcohol-using youth. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(4), 555-566.
- Rothschild, B., Dimson, C., Storaasli, R. y Clapp, L. (1997). Personality profiles of veterans entering treatment for domestic violence. *Journal of Family Violence*, 12(3), 259-274. doi: 10.1023/a:1022896704136
- Rotunda, R. J., O'Farrell, T. J., Murphy, M. y Babey, S. H. (2008). Behavioral couples therapy for comorbid substance use disorders and combat-related posttraumatic stress disorder among male veterans: An initial evaluation. *Addictive Behaviors*, 33(1), 180-187. doi: 10.1016/j.addbeh.2007.06.001
- Ruiz, S., Negredo, L., Ruiz, A., García-Moreno, C., Herrero, O., Yela, M. y Pérez, M. (2010). *Violencia de género. Programa de Intervención para Agresores (PRIA)*. Madrid: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.
- Ruiz-Perez, I., Plazaola-Castano, J., Vives-Cases, C., Montero-Pinar, M. I., Escriba-Aguir, V., Jimenez-Gutierrez, E. y Martin-Baena, D. (2010). Geographical variability in violence against women in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 128-135. doi: 10.1016/j.gaceta.2009.10.014
- Rynerson, B. C. y Fishel, A. H. (1993). Domestic violence prevention training: Participant characteristics and treatment outcomes. *Journal of Family Violence*, 8(3), 253-260. doi: 10.1007/bf00988771

- Sanford, J. S. y Arrigo, B. A. (2005). Lifting the cover on drug courts: Evaluation findings and policy concerns. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(3), 239-259. doi: 10.1177/0306624x04273200
- Santamaría, J. J. y Chait, L. (2004). Drogadicción y delincuencia. Perspectiva desde una prisión. *Adicciones*, 16(3), 207-217.
- Santana, M. C., Raj, A., Decker, M. R., La Marche, A. y Silverman, J. G. (2006). Masculine gender roles associated with increased sexual risk and intimate partner violence perpetration among young adult men. *Journal of Urban Health-Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 83(4), 575-585. doi: 10.1007/s11524-006-9061-6
- Saunders, D. G. (1992). A typology of men who batter: Three types derived from cluster-analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(2), 264-275. doi: 10.1037/h0079333
- Saunders, D. G. (1993). Husband who assault: Multiple profiles requiring multiple responses. In N. Z. Hilton (Ed.), *Legal responses to wife assault: Current trends and evaluation* (pp. 9-34). Newbury Park, CA: Sage.
- Saunders, D. G. (1996). Feminist-cognitive-behavioral and process-psychodynamic treatments for men who batter: Interaction of abuser traits and treatment models. *Violence and Victims*, 11(4), 393-414.
- Schafer, J., Caetano, R. y Clark, C. L. (2002). Agreement about violence in US couples. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(4), 457-470. doi: 10.1177/0886260502017004007
- Schafer, J., Caetano, R. y Cunradi, C. B. (2004). A path model of risk factors for intimate partner violence among couples in the United States. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(2), 127-142. doi: 10.1177/0886260503260244
- Schnurr, M. P. y Lohman, B. J. (2008). How much does school matter? An examination of adolescent dating violence perpetration. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(3), 266-283. doi: 10.1007/s10964-007-9246-7
- Schumacher, J. A., Coffey, S. F., Leonard, K. E., O'Jile, J. R. y Landy, N. C. (2013). Self-regulation, daily drinking, and partner violence in alcohol treatment-seeking men. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 21(1), 17-28. doi: 10.1037/a0031141
- Schumacher, J. A. y Slep, A. M. S. (2004). Attitudes and dating aggression: A cognitive dissonance approach. *Prevention Science*, 5(4), 231-243. doi: 10.1023/b:prev.0000045357.19100.77
- Schumm, J. A., O'Farrell, T. J., Murphy, C. M. y Fals-Stewart, W. (2009). Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for female alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1136-1146. doi: 10.1037/a0017389

- Secades-Villa, R. y Fernández-Hermida, J. R. (2003). The validity of self-reports in a follow-up study with drug addicts. *Addictive Behaviors*, 28(6), 1175-1182. doi: 10.1016/s0306-4603(02)00219-8
- Shanko, W., Wolday, M., Assefa, N. y Aro, A. R. (2013). Domestic violence against women in Kersa, Oromia region, eastern Ethiopia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 19(1), 18-23.
- Sharps, P. W. y Campbell, J. (1999). Health consequences for victims of violence in intimate relationships. *Violence in Intimate Relationships*, 163-180.
- Sharps, P. W., Campbell, J., Campbell, D., Gary, F. y Webster, D. (2001). The role of alcohol use in intimate partner femicide. *American Journal on Addictions*, 10(2), 122-135.
- Shepard, M. (1992). Predicting batterer recidivism five years after community intervention. *Journal of Family Violence*, 7(3), 167-178. doi: 10.1007/bf00979025
- Shorey, R. C., Brasfield, H., Febres, J. y Stuart, G. L. (2011). The association between impulsivity, trait anger, and the perpetration of intimate partner and general violence among women arrested for domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(13), 2681-2697. doi: 10.1177/0886260510388289
- Shorey, R. C., Febres, J., Brasfield, H. y Stuart, G. L. (2012). The prevalence of mental health problems in men arrested for domestic violence. *Journal of Family Violence*, 27(8), 741-748. doi: 10.1007/s10896-012-9463-z
- Shorey, R. C., Stuart, G. L. y Cornelius, T. L. (2011). Dating violence and substance use in college students: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 16(6), 541-550. doi: 10.1016/j.avb.2011.08.003
- Shorey, R. C., Temple, J. R., Febres, J., Brasfield, H., Sherman, A. E. y Stuart, G. L. (2012). The consequences of perpetrating psychological aggression in dating relationships: A descriptive investigation. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(15), 2980-2998. doi: 10.1177/0886260512441079
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Broome, K. M., Hiller, M. L., Knight, K. y Rowan-Szal, G. A. (1997). Program diversity and treatment retention rates in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*(11), 279-293.
- Slade, M., Daniel, L. J. y Heisler, C. J. (1991). Application of forensic toxicology to the problem of domestic violence. *Journal of Forensic Sciences*, 36(3), 708-713.
- Sloan, F. A., Platt, A. C., Chepke, L. M. y Blevins, C. E. (2013). Deterring domestic violence: Do criminal sanctions reduce repeat offenses? *Journal of Risk and Uncertainty*, 46(1), 51-80. doi: 10.1007/s11166-012-9159-z

- Smedslund, G., Dalbo, T. K., Steiro, A. K., Winsvold, A. y Clench-Aas, J. (2007). Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). doi: 10.1002/14651858
- Sonne, S. C. y Brady, K. T. (1998). Diagnosis of personality disorders in cocaine-dependent individuals. *American Journals on Addictions*, 7, 1-6.
- Spidel, A., Greaves, C., Nicholls, T. L., Goldenson, J. y Dutton, D. G. (2013). Personality disorders, types of violence, and stress responses in female who perpetrate intimate partner violence. *Psychology*, 4(9A1), 5-11.
- Spielberger, C. D. (1988). *Stait-Traig Anger Expression Inventory*. Orlando, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C. D. (1999). *State-Trait Anger Expression Inventory-2*. Port Huron, MI: Sigma Assessment Systems.
- Stampfel, C. C., Chapman, D. A. y Alvarez, A. E. (2010). Intimate partner violence and posttraumatic stress disorder among high-risk women: Does pregnancy matter? *Violence Against Women*, 16(4), 426-443. doi: 10.1177/1077801210364047
- Stephenson, R. y Finneran, C. (2013). The IPV-GBM scale: A new scale to measure intimate partner violence among gay and bisexual men. *Plos One*, 8(6), e62592-e62592. doi: 10.1371/journal.pone.0062592
- Stith, S. M., McCollum, E. E., Amanor-Boadu, Y. y Smith, D. (2012). Systemic perspectives on intimate partner violence treatment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 220-240. doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00245.x
- Stith, S. M., Smith, D. B., Penn, C. E., Ward, D. B. y Tritt, D. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 10(1), 65-98. doi: 10.1016/j.avb.2003.09.001
- Stocker, C. M. y Richmond, M. K. (2007). Longitudinal associations between hostility in adolescents' family relationships and friendships and hostility in their romantic relationships. *Journal of Family Psychology*, 21(3), 490-497. doi: 10.1037/0893-3200.21.3.490
- Straus, M. A. (1979). Measuring intra-family conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41(1), 75-88. doi: 10.2307/351733
- Straus, M. A. (1983). Ordinary violence, child abuse and wife-beating: what do they have in common? In D. Finkelhor, R. J. Gelles, G. T. Hotaling y M. A. Straus (Eds.), *The dark side of families: Current family violence research* (pp. 213-234). Beverly Hills: Sage.

- Straus, M. A. (1999). The controversy over domestic violence by women: A methodological, theoretical, and sociology of science analysis. *Violence in Intimate Relationships*, 17-44.
- Straus, M. A. y Gelles, R. J. (1990). *Physical violence in American families: Risk and adaptations to violence in 8.145 families*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishing.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. y Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316.
- Stuart, G. L. (2005). Improving violence intervention outcomes by integrating alcohol treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(4), 388-393. doi: 10.1177/0886260504267881
- Stuart, G. L., Meehan, J., Moore, T. M., Hellmuth, J., Morean, M. y Follansbee, K. (2006). Readiness to quit cigarette smoking, violence and psychopathology among arrested domestically violent men. *American Journal on Addictions*, 15(3), 256-257. doi: 10.1080/10550490600626663
- Stuart, G. L., Meehan, J., Temple, J. R., Moore, T. M., Hellmuth, J., Follansbee, K. y Morean, M. (2006). Readiness to quit cigarette smoking, intimate partner violence, and substance abuse among arrested violent women. *The American Journal on Addictions*, 15(5), 396-399.
- Stuart, G. L., Moore, T. M., Kahler, C. W. y Ramsey, S. E. (2003). Substance abuse and relationship violence among men court-referred to batterers' intervention programs. *Substance Abuse*, 24(2), 107-122.
- Stuart, G. L., Moore, T. M., Ramsey, S. E. y Kahler, C. W. (2003). Relationship aggression and substance use among women court-referred to domestic violence intervention programs. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1603-1610.
- Stuart, G. L., Moore, T. M., Ramsey, S. E. y Kahler, C. W. (2004). Hazardous drinking and relationship violence perpetration and victimization in women arrested for domestic violence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 65(1), 46-53.
- Stuart, G. L., O'Farrell, T. J., Leonard, K., Moore, T. M., Temple, J. R., Ramsey, S. E., . . . Monti, P. M. (2009). Examining the interface between substance misuse and intimate partner violence. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 3, 25-29.
- Stuart, G. L., O'Farrell, T. J. y Temple, J. R. (2009). Review of the association between treatment for substance misuse and reductions in intimate partner violence. *Substance Use y Misuse*, 44(9), 1298-1317.

- Stuart, G. L., Ramsey, S. E., Moore, T. M., Kahler, C. W., Farrell, L. E., Recupero, P. R. y Brown, R. A. (2002). Marital violence victimization and perpetration among women substance abusers: A descriptive study. *Violence Against Women*, 8, 934-952. doi: 10.1177/107780102400447078
- Stuart, G. L., Ramsey, S. E., Moore, T. M., Kahler, C. W., Farrell, L. E., Recupero, P. R. y Brown, R. A. (2003). Reductions in marital violence following treatment for alcohol dependence. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(10), 1113-1131. doi: 10.1177/0886260503255550
- Stuart, G. L., Temple, J. R., Follansbee, K. W., Bucossi, M. M., Hellmuth, J. C. y Moore, T. M. (2008). The role of drug use in a conceptual model of intimate partner violence in men and women arrested for domestic violence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(1), 12-24.
- Subdirecció de Programes de Rehabilitació i Sanitat. (2010). Programa Marc de Tractament en Violència de Gènere. Recuperado el 23 de septiembre de 2013 de: http://www20.gencat.cat/docs/Justicia/Documents/ARXIUS/Programa_marc_violencia_genere.pdf.
- Sugarman, D. B. y Hotaling, G. T. (1989). Violent men in intimate-relationships: An analysis of risk markers. *Journal of Applied Social Psychology*, 19(12), 1034-1048. doi: 10.1111/j.1559-1816.1989.tb01237.x
- Sullivan, T. P., McPartland, T. S., Armeli, S., Jaquier, V. y Tennen, H. (2012). Is it the exception or the rule? Daily co-occurrence of physical, sexual, and psychological partner violence in a 90-day study of substance-using, community women. *Psychology of Violence*, 2(2), 154-164. doi: 10.1037/a0027106
- Taft, C. T., O'Farrell, T. J., Doron-LaMarca, S., Panuzio, J., Suvak, M. K., Gagnon, D. R. y Murphy, C. M. (2010). Longitudinal risk factors for intimate partner violence among men in treatment for alcohol use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 924-935. doi: 10.1037/a0021093
- Taft, C. T., Schumm, J., Orazem, R. J., Meis, L. y Pinto, L. A. (2010). Examining the link between posttraumatic stress disorder symptoms and dating aggression perpetration. *Violence and Victims*, 25(4), 456-469. doi: 10.1891/0886-6708.25.4.456
- Taylor, B., Davis, R. y Maxwell, C. (2001). The effects of a group batterer programme: A randomized experiment in Brooklin. *Justice Quarterly*, 18, 170-201.
- Tedeschi, J. y Felson, R. B. (1994). *Violence, aggression and coercive actions*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Temple, J. R., Shorey, R. C., Tortolero, S. R., Wolfe, D. A. y Stuart, G. L. (2013). Importance of gender and attitudes about violence in the relationship between exposure to interparental violence and the perpetration of teen dating violence. *Child Abuse y Neglect*, 37(5), 343-352. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.02.001
- Temple, J. R., Stuart, G. L. y O'Farrell, T. J. (2009). Prevention of intimate partner violence in substance-using populations. *Substance Use y Misuse*, 44(9), 1318-1328.
- Temple, J. R., Weston, R., Stuart, G. L. y Marshall, L. L. (2008). The longitudinal association between alcohol use and intimate partner violence among ethnically diverse community women. *Addictive Behaviors*, 33(9), 1244-1248.
- Tharp, A. T., Schumacher, J. A., Samper, R. E., McLeish, A. C. y Coffey, S. F. (2013). Relative importance of emotional dysregulation, hostility, and impulsiveness in predicting intimate partner violence perpetrated by men in alcohol treatment. *Psychology of Women Quarterly*, 37(1), 51-60. doi: 10.1177/0361684312461138
- Thomas, M. D. y Bennett, L. (2009). The co-occurrence of substance abuse and domestic violence: a comparison of dual-problem men in substance abuse treatment and in a court-ordered batterer program. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 9(3), 299-317.
- Thomas, M. D., Bennett, L. W. y Stoops, C. (2013). The treatment needs of substance abusing batterers: A comparison of men who batter their female partners. *Journal of Family Violence*, 28(2), 121-129. doi: 10.1007/s10896-012-9479-4
- Timko, C., Valenstein, H., Lin, P. Y., Moos, R. H., Stuart, G. L. y Cronkite, R. C. (2012). Addressing substance abuse and violence in substance use disorder treatment and batterer intervention programs. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 7(37). doi: 10.1186/1747-597x-7-37
- Torres, A., Lemos-Giraldez, S. y Herrero, J. (2013). Violence against woman: Psychological and personality characteristics of men who abuse their female partner. *Anales de Psicología*, 29(1), 9-18. doi: 10.6018/analesps.29.1.130621
- Torres, P. y Espada, F. J. (1996). *Violencia en casa*. Madrid: Aguilar.
- Trevillion, K., Oram, S., Feder, G. y Howard, L. M. (2012). Experiences of domestic violence and mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 7(12). doi: 10.1371/journal.pone.0051740
- Tschann, J. M., Pasch, L. A., Flores, E., Marin, B. V. O., Baisch, E. M. y Wibbelsman, C. J. (2009). Nonviolent aspects of interparental conflict and dating violence among adolescents. *Journal of Family Issues*, 30(3), 295-319. doi: 10.1177/0192513x08325010

- Tweed, R. G. y Dutton, D. G. (1998). A comparison of impulsive and instrumental subgroups of batterers. *Violence and Victims*, 13(3), 217-230.
- Tzilos, G. K., Grekin, E. R., Beatty, J. R., Chase, S. K. y Ondersma, S. J. (2010). Commission versus receipt of violence during pregnancy: Associations with substance abuse variables. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(10), 1928-1940. doi: 10.1177/0886260509354507
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2003). *Sexual and gender-based violence against refugees, returnees and internally displaced persons. Guidelines for prevention and response*. Recuperado el 11 de febrero de 2013: <http://www.unicef.org/violencestudy/pdf/UNHCR%20-%20SGBV.pdf>.
- Vagi, K. J., Rothman, E. F., Latzman, N. E., Tharp, A. T., Hall, D. M. y Breiding, M. J. (2013). Beyond correlates: A review of risk and protective factors for adolescent dating violence perpetration. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(4), 633-649. doi: 10.1007/s10964-013-9907-7
- Valero-Aguayo, L., Ortiz-Tallo, M., Parra-Garcia, M. M. y Jimenez-Guerra, M. (2013). Evaluation results and psychosocial profile of a rehabilitation program for people with drug abuse. *Anales de Psicología*, 29(1), 38-47. doi: 10.6018/analesps.29.1.159131
- Van Hasselt, V. B., Morrison, R. L. y Bellack, A. S. (1985). Alcohol use in wife abusers and their spouses. *Addictive Behaviours*, 10, 127-135.
- VanderEnde, K. E., Yount, K. M., Dynes, M. M. y Sibley, L. M. (2012). Community-level correlates of intimate partner violence against women globally: A systematic review. *Social Science y Medicine*, 75(7), 1143-1155. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.05.027
- Vives-Cases, C., Carrasco-Portino, M. y Alvarez-Dardet, C. (2007). Epidemic of intimate partner violence against women in Spain. Temporal distribution and victim age. *Gaceta Sanitaria*, 21(4), 298-305. doi: 10.1157/13108502
- Walker, L. E. (1979). *The battered woman*. New York: Harper and Row.
- Waller, M. W., Iritani, B. J., Christ, S. L., Halpern, C. T., Moracco, K. E. y Flewelling, R. L. (2013). Perpetration of intimate partner violence by young adult males: The association with alcohol outlet density and drinking behavior. *Health y Place*, 21, 10-19. doi: 10.1016/j.healthplace.2013.01.002
- Walsh, Z., Swogger, M. T., O'Connor, B. P., Schonbrun, Y. C., Shea, M. T. y Stuart, G. L. (2010). Subtypes of partner violence perpetrators among male and female psychiatric patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(3), 563-574. doi: 10.1037/a0019858
- Waltz, J., Babcock, J. C., Jacobson, N. S. y Gottman, J. M. (2000). Testing a typology of batterers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 658-669. doi: 10.1037//0022-006x.68.4.658

- Websdale, N. (1999). *Understanding domestic homicide*. Boston: Northeastern University Press.
- Webster, J. M., Staton-Tindall, M., Duvall, J. L., Garrity, T. F. y Leukefeld, C. G. (2007). Measuring Employment Among Substance-Using Offenders. *Substance Use y Misuse*, 42(7), 1187-1205.
- Weldon, S. y Gilchrist, E. (2012). Implicit theories in intimate partner violence offenders. *Journal of Family Violence*, 27(8), 761-772. doi: 10.1007/s10896-012-9465-x
- White, R. J. y Gondolf, E. W. (2000). Implications of personality profiles for batterer treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(5), 467-488. doi: 10.1177/088626000015005002
- Williams, C., Richardson, D. S., Hammock, G. S. y Janit, A. S. (2012). Perceptions of physical and psychological aggression in close relationships: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 17(6), 489-494. doi: 10.1016/j.avb.2012.06.005
- Wolfe, D. A., Wekerle, C., Scott, K., Straatman, A. L. y Grasley, C. (2004). Predicting abuse in adolescent dating relationships over 1 year: The role of child maltreatment and trauma. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(3), 406-415. doi: 10.1037/0021-843x.113.3.406
- Wubs, A. G., Aaro, L. E., Mathews, C., Onya, H. E. y Mbwambo, J. (2013). Associations between attitudes toward violence and intimate partner violence in South Africa and Tanzania. *Violence and Victims*, 28(2), 324-340. doi: 10.1891/0886-6708.11-063
- Zaha, R., Helm, S., Baker, C. y Hayes, D. (2013). Intimate partner violence and substance use among Hawai'i youth: An analysis of recent data from the Hawai'i Youth Risk Behavior Survey. *Substance Use y Misuse*, 48(1-2), 11-20. doi: 10.3109/10826084.2012.720334
- Zaleski, M., Pinsky, I., Laranjeira, R., Ramisetty-Mikler, S. y Caetano, R. (2010). Intimate partner violence and contribution of drinking and sociodemographics: The Brazilian National Alcohol Survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(4), 648-665. doi: 10.1177/0886260509334396

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DIRIGIDO A PERSONAS QUE PARTICIPAN EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE REFERENCIA PSI2009-08500

El consumo de sustancias altera habitualmente la convivencia con la pareja. A menudo las estrategias de comunicación y de resolución de conflictos no son las adecuadas, por lo que se producen situaciones violentas en la convivencia. Por este motivo, puede ser útil la aplicación de técnicas específicas encaminadas a mejorar la vida en la relación de pareja.

Desde el Departamento de Psicología y Pedagogía de la Universidad Pública de Navarra hemos elaborado un proyecto de investigación, que está financiado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología. Este proyecto tiene como objetivo evaluar la eficacia de un programa específico de tratamiento.

Para desarrollar este proyecto solicitamos tu colaboración y tu permiso para:

- Completar en dos sesiones una serie de cuestionarios y responder a una serie de preguntas que se te plantearán.
- Participar, en función de la evaluación que realice el equipo del proyecto, en un taller de mejora de la relación de pareja. Estos talleres constan de unas 20 sesiones, y son perfectamente compatibles con el tratamiento que has comenzado.
- Contactar contigo nuevamente (aproximadamente dentro de un año) y completar algunos cuestionarios en una o dos sesiones.

Con tu colaboración voluntaria en esta experiencia podrás contribuir a la evaluación y mejora del programa de tratamiento. Por ello te animamos a participar. Los datos obtenidos se tratarán de forma confidencial y en todo momento preservaremos tu intimidad. Las publicaciones que puedan derivarse de este proyecto utilizarán datos disociados de cualquier referencia personal.

En cualquier caso, te recordamos que tu colaboración es totalmente voluntaria y, si no deseas participar, no se derivará ningún perjuicio para ti.

Gracias por tu colaboración.

D./D^a.....

Ha comprendido la información anteriormente expuesta y acepta voluntariamente participar en el proyecto de investigación **“PSI2009-08500”**.

Firmado:.....D.N.I.:

En a de de 201...

ANEXO 2: European Addiction Severity Index (EuropASI)

EuropASI

(Kokkevy y Hartgers, 1995)

Descripción

El EuropASI es la versión europea del «Índice de gravedad de la adicción» (Addiction Severity Index, ASI; McLellan, Luborsky, O'Brein y Woody, 1980). Se trata de una entrevista clínica que valora la necesidad de tratamiento en 7 áreas diferentes:

- a) estado médico general,
- b) situación laboral y financiera;
- c) consumo de alcohol;
- d) consumo de otras drogas;
- e) problemas legales;
- f) relaciones familiares y sociales; y
- g) estado psicológico.

Cada escala está basada en la historia de síntomas problema, estado actual y valoración subjetiva de las necesidades de tratamiento en cada área.

El rango de las escalas oscila desde 0 (no necesita ningún tratamiento) hasta 9 (tratamiento necesario en situación de riesgo vital). Esto es, a mayor puntuación, mayor gravedad de la adicción. A partir de 4 puntos se considera que el paciente necesita más ayuda en esa área concreta.

Además de esta valoración general recoge información relevante sobre cada una de las áreas anteriores.

EUROPASI

Adaptación Europea del Addiction Severity Index

INSTRUCCIONES

- Cumplimentar totalmente. Cuando sea preciso utilizar:
X = pregunta no contestada.
N = pregunta no aplicable.
Use un solo carácter por ítem.
- Las preguntas rodeadas por un círculo van dirigidas al estudio de seguimiento. Las preguntas con asterisco son acumulativas y deberían ser reformuladas para el seguimiento.
- Existe espacio al final de cada sección para realizar comentarios adicionales.

ESCALAS DE SEVERIDAD

Las escalas de severidad miden estimaciones de necesidades de tratamiento en cada área. El rango de la escala oscila desde 0 (no necesita ningún tratamiento) hasta 9 (tratamiento necesario en situación de riesgo vital).

Cada escala está basada en historia de síntomas problema, estado actual y valoración subjetiva de sus necesidades de tratamiento en cada área. Para una mejor calificación de esta severidad consultar el manual.

SUMARIO DE LA AUTOEVALUACIÓN

DEL PACIENTE

- Ninguna
- Leve
- Moderado
- Considerable
- Extrema

A.- Nº de Identificación

B.- TIPO DE TRATAMIENTO: ☐

- Desintoxicación ambulatoria
- Desintoxicación hospitalaria
- Tratamiento sustitutivo ambulatorio
- Tratamiento libre de drogas ambulatoria
- Tratamiento libre de drogas hospitalario
- Centro de día
- Hospital psiquiátrico
- Otro hospital/servicio
- Otro:
- Sin tratamiento

C.- FECHA DE ADMISION:

D.- FECHA DE LA ENTREVISTA:

*E.- Hora de inicio:

*F.- Hora de fin:

G.- TIPO: ☐

- Ingreso
- Seguimiento

H.- CODIGO DE CONTACTO: ☐

- Personal
- Telefónico

I.- SEXO: ☐

- Varón
- Mujer

J.- CODIGO DEL ENTREVISTADOR:

K.- ESPECIAL: ☐

- Paciente finalizó la entrevista
- Paciente rehusó
- Paciente incapaz de responder

INFORMACION GENERAL

1. LUGAR DE RESIDENCIAL ACTUAL: ☐

- Ciudad Grande (>100.000)
- Mediana (10.000 - 100.000)
- Pequeña (rural) (<10.000)

2. CODIGO DE LA CIUDAD:

*3. Desde cuándo vive Ud. En esa dirección: años meses

*4. Ese lugar de residencia, ¿es propiedad de Ud. o de su familia? ☐
0 = No 1 = Sí

5. EDAD:

6. NACIONALIDAD:

7. PAIS DE NACIMIENTO DEL:

Entrevistado

Padre

Madre

8. ¿Ha estado ingresado en el último mes en un centro de este tipo? ☐

- No
- Cárcel
- Tratamiento de alcohol o drogas
- Tratamiento médico
- Tratamiento psiquiátrico
- Unicamente desintoxicación
- Otro:

9. ¿Cuántos días?

RESULTADOS DE LOS TESTS ADICIONALES

* Puntuación total del BDI:

* Puntuación total del SCL-90:

PERFIL DE SEVERIDAD

9							
8							
7							
6							
5							
4							
3							
2							
1							
0							
PROBLEMAS	MEDICO	EMPLEO/SOPORTES	ALCOHOL	DROGAS	LEGAL	FAMILIA/SOCIAL	PSICOLOGICO

SITUACION MÉDICA

- ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado por problemas médicos? (incluir sobredosis, delirium tremens, excluir desintoxicaciones)
- ¿Hace cuánto tiempo estuvo hospitalizado por última vez por problemas médicos? años meses
- ¿Padece algún problema médico crónico que continúa interfiriendo con su vida?
0. No
1. Sí:
- ¿Alguna vez ha estado infectado de hepatitis?
0. No
1. Sí
2. No lo sé
3. Rehusa contestar
- ¿Alguna vez se ha realizado las pruebas del VIH?
0. No
1. Sí
2. No lo sé
3. Rehusa contestar

- En caso afirmativo, ¿hace cuántos meses?
 - ¿Cuál fue el último resultado del test?
0. VIH - negativo
1. VIH - positivo
2. No lo sé
3. Rehusa contestar
 - ¿Está tomando alguna medicación prescrita de forma regular para un problema físico?
0. No 1. Sí
 - ¿Recibe alguna pensión por invalidez médica? (Excluir invalidez psiquiátrica)
0. No 1. Sí
 - ¿Ha sido tratado por un médico por problemas médicos en los últimos 6 meses?
0. No 1. Sí
 - ¿Cuántos días ha tenido problemas médicos en el último mes?
- PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE

- UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION
- ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas médicos en el último mes?
 - ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el tratamiento de estos problemas médicos?
- ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR**
- ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento médico?
- PUNTUACIONES DE VALIDEZ**
- La información anterior está Significativamente distorsionada por:
- ¿Imagen distorsionada del paciente?
0. No 1. Sí
 - ¿La incapacidad para comprender del paciente?
0. No 1. Sí
- Comentarios

EMPLEO / SOPORTES

- Años de educación básica:
- Años de educación superior (Universidad/Técnicos):
- Grado académico superior obtenido:
- ¿Tiene carnet de conducir en vigor?
0. No 1. Sí
- ¿Cuánto duró el período más largo de empleo regular? años meses
(Ver el manual para definición)
- ¿Cuánto duró el período más largo de desempleo? años meses
- Ocupación habitual (o última):
(Especificar detalladamente)
- Patrón de empleo usual en los últimos 3 años:
1. Tiempo completo
2. Tiempo parcial (horario regular)
3. Tiempo parcial (horario irregular, temporal)
4. Estudiante
5. Servicio militar
6. Retirado / invalidez
7. Desempleado (incluir ama de casa)
8. En ambiente protegido
- ¿Cuántos días trabajó durante el último mes?
(Excluir tráfico, prostitución u otras actividades ilegales)

- ¿Recibió dinero para su mantenimiento de alguna de la siguientes fuentes durante el último mes?
- ¿Empleo?
0. No 1. Sí
 - ¿Paro?
0. No 1. Sí
 - ¿Ayuda social?
0. No 1. Sí
 - ¿Pensión o seguridad social?
0. No 1. Sí
 - ¿Compañeros, familiares o amigos?
0. No 1. Sí
 - ¿Ilegal?
0. No 1. Sí
 - ¿Prostitución?
0. No 1. Sí
 - ¿Otras fuentes?
0. No 1. Sí
 - ¿Cuál ha sido la principal fuente de ingresos este último mes? (Utilice los códigos 10-17)
 - ¿Tienes deudas?
0. No 1. Sí: (cantidad)
 - ¿Cuántas personas dependen de Ud. para la mayoría de su alimento, alojamiento, etc.?
 - ¿Cuántos días ha tenido problemas de empleo /desempleo en el último mes?

- PARA LAS PREGUNTAS 22 Y 23, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION
- ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas de empleo en el último mes?
 - ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el asesoramiento de estos problemas de empleo?
- ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR**
- ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento para empleo?
- PUNTUACIONES DE VALIDEZ**
- La información anterior está significativamente distorsionada por:
- ¿Imagen distorsionada del paciente?
0. No 1. Sí
 - ¿La incapacidad para comprender del paciente?
0. No 1. Sí
- Comentarios

USO DE ALCOHOL Y DROGAS

	Edad (inicio)	A lo largo de la vida	Ultimo mes	*Vía admon.
1. Alcohol - cualquier dosis				
2. Alcohol - grandes cantidades				
3. Heroína				
4. Metadona / LAAM				
5. Otros opiáceos / analgésicos				
6. BDZ/Barbitur/sedantes/hipnóticos				
7. Cocaína				
8. Anfetaminas				
9. Cannabis				
10. Alucinógenos				
11. Inhalantes				
12. Otros				
13. Más de 1 sustancia/día (ítems 2 a 12)				

Nota: consulte el manual para los ejemplos representativos de cada clase de drogas.

*Vía de administración: 1=oral; 2=nasal; 3=fumada; 4=inyección no IV; 5=inyección IV.

14. ¿Alguna vez se ha inyectado?
0. No 1. Sí

14A Edad en que se inyectó por primera vez: (años)
Se inyectó:
- A lo largo de la vida (años):
- En los últimos 6 meses (meses):
- En el último mes (días):

14B Si se inyectó en los últimos 6 meses:
1. No compartió jeringuilla
2. Algunas veces compartió jeringuilla con otros
3. A menudo compartió jeringuilla

15. ¿Cuántas veces ha tenido:
Delirium Tremens:
Sobredosis por drogas:

16. Tipo de servicios y número de veces que ha recibido tratamiento en:
17. ¿Cuántos meses duró el período más largo que estuvo abstinentes

	Alcohol	Drogas
1. Desintoxicación ambulatoria		
2. Desintoxicación residencial		
3. Tto. sustitutivo ambulatorio		
4. Tto. libre de drogas ambulatorio		
5. Tto. libre de drogas residencial		
6. Centro de día		
7. Hospital psiquiátrico		
8. Otro hospital/servicio		
9. Otro tratamiento		

como consecuencia de uno de estos tratamientos?

Alcohol: (meses)

Drogas: (meses)

18. ¿Qué sustancia es el principal problema?

POR FAVOR UTILICE LOS CÓDIGOS anteriores ó: 00=no problemas; 15=Alcohol y otras drogas (adicción doble); 16=Politoxicómano. Cuando tenga dudas, pregunte al paciente.

19. ¿Cuánto tiempo duró el último período de abstinencia voluntaria de esta sustancia principal, sin que fuese consecuencia de tratamiento?: (meses, 00=nunca abstinentes)

20. ¿Hace cuántos meses que terminó esa abstinencia?: (00=todavía abstinentes) (meses)

21. ¿Cuánto dinero diría Ud. que ha gastado en el último mes en:

Alcohol (€uros)

Drogas (€uros)

22. ¿Cuántos días ha estado recibiendo tratamiento ambulatorio para alcohol o drogas en el último mes? (Incluye grupos de autoayuda del tipo AA: Alcohólicos Anónimos, NA: Narcóticos Anónimos)

23. ¿Cuántos días en el último mes ha

experimentado Ud.:

problemas relacionados con el alcohol? (días)

problemas con otras drogas? (días)

PARA LAS PREGUNTAS 24 Y 25, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION

24. ¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes estos

problemas relacionados con el alcohol?

problemas con otras drogas?

25. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el tratamientos para estos problemas

relacionados con el alcohol?

problemas con otras drogas?

ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR

26. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento para:

abuso de alcohol?

Abuso de otras drogas?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

27. ¿Imagen distorsionada del paciente?
0. No 1. Sí

28. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
0. No 1. Sí

Comentarios

--	--	--	--	--	--

SITUACION LEGAL

1. ¿Esta admisión ha sido promovida o sugerida por el Sistema Judicial? (juez, tutor de libertad condicional, etc.)
0. No 1. Sí ☐

2. ¿Está en libertad condicional?
0. No 1. Sí ☐

¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:

3. Posesión y tráfico de drogas? ☐

4. Delitos contra la propiedad?: (robos en domicilios, tiendas, fraudes, extorsión, falsificación de dinero, compra de objetos robados) ☐

5. Delitos violentos?: (atracos, asaltos, incendios, violación, homicidio) ☐

6. Otros delitos? ☐

7. ¿Cuántos de estos cargos resultaron en condenas?: ☐

¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:

8. Alteración del orden, vagabundeo, intoxicación pública?: ☐

9. Prostitución?: ☐

10. Conducir embriagado?: ☐

11. Delitos de tráfico?: (velocidad, conducir sin carnet, conducción peligrosa, etc.) ☐

12. ¿Cuántos meses en su vida ha estado en la cárcel?: (meses) ☐

13. ¿Cuánto tiempo duró su último período en la cárcel?: (meses) ☐

14. ¿Cuál fue la causa? (Use los códigos 03-06, 08-11. Si ha habido múltiples cargos, coloque el más severo) ☐

15. En el momento actual, ¿está pendiente de cargos, juicio o sentencia?
0. No 1. Sí ☐

16. ¿Por qué? (Si hay múltiples cargos codifique el más severo) ☐

17. ¿Cuántos días en el último mes ha estado detenido o encarcelado?: (días) ☐

18. ¿Cuántos días en el último mes ha realizado actividades ilegales para su beneficio?: (días) ☐

PARA LAS PREGUNTAS 19 Y 20, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION

19. ¿Cómo de serios piensa que son sus problemas legales actuales? (Excluir problemas civiles) ☐

20. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el asesoramiento para esos problemas legales? ☐

ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR

21. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de servicios legales o asesoramiento? ☐

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

22. ¿Imagen distorsionada del paciente?
0. No 1. Sí ☐

23. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
0. No 1. Sí ☐

Comentarios

HISTORIA FAMILIAR

¿Alguno de sus familiares ha tenido lo que Ud. llamaría un problema importante de alcoholismo, abuso de otras drogas o psiquiátrico, que le llevó o hubiera debido llevarle a recibir tratamiento?

RAMA MATERNA

	Alcohol	Drogas	Psq
Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro impte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RAMA PATERNA

	Alcohol	Drogas	Psq
Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro impte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Alcohol	Drogas	Psq
Hermano 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermana 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermana 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanastro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HERMANOS

Instrucciones: Ponga un "0" en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente "no para todos los familiares de la categoría", "1" cuando la respuesta es claramente "sí para algún familiar dentro de esa categoría", "X" cuando la respuesta no esté del todo clara o sea no sé, y "N" cuando nunca haya existido un familiar en dicha categoría. En caso de que existan más de 2 hermanos por categoría, codifique los más problemáticos.

RELACIONES FAMILIARES / SOCIALES

Estado civil:

- | | |
|-------------------------|---------------|
| 1. Casado | 4. Separado |
| 2. Casado en 2ª nupcias | 5. Divorciado |
| 3. Viudo | 6. Soltero |

1. ¿Hace cuánto tiempo tiene este estado civil?: años meses

2. ¿Está satisfecho con esta situación? ☐
 0. No
 1. Indiferente
 2. Sí

3. Convivencia habitual (En los últimos 3 años) ☐
 1. Pareja e hijos
 2. Pareja
 3. Hijos
 4. Padres
 5. Familia
 6. Amigos
 7. Solo
 8. Medio protegido
 9. No estable

4. ¿Cuánto tiempo ha vivido en esa situación? años meses

(Si es con padres o familia contar a partir de los 18 años)

5. ¿Está satisfecho con esa convivencia? ☐
 0. No
 1. Indiferente
 2. Sí

¿Vive con alguien que:
 0. No 1. Sí

6A Actualmente tiene problemas relacionados con el alcohol? ☐

6B Usa drogas psicoactivas? ☐

6. ¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre? ☐
 1. Familia, sin problemas actuales de alcohol o drogas
 2. Familia, con problemas actuales de alcohol o drogas
 3. Amigos, sin problemas actuales de alcohol o drogas
 4. Amigos, con problemas actuales de alcohol o drogas
 5. Solo

7. ¿Está satisfecho con la forma en que utiliza su tiempo libre? ☐
 0. No
 1. Indiferente
 2. Sí

8. ¿Cuántos amigos íntimos tiene?

Instrucciones para 9A a 18 : Ponga un "0" en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente **no para todos los familiares de la categoría**, "1" cuando la respuesta es claramente **sí para algún familiar dentro de esa categoría**, "X" cuando la respuesta **no esté del todo clara o sea "no sé"**, y "N" cuando nunca haya existido un familiar en dicha categoría.

9A ¿Diría Ud. que a tenido relaciones próximas, duraderas, personales con alguna de las siguientes personas en su vida?

Madre:

Padre:

Hermanos/as:

Pareja sexual/esposo/a:

Hijos/as:

Amigos/as:

Ha tenido períodos en que ha Experimentado problemas serios con:
 0. No 1. Sí

	Ultimo mes	A lo largo de la vida
10. Madre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Padre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Hermanos/as	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. Pareja sexual/esposo/a	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. Hijos/as	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. Otro/a familiar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. Amigos/as íntimos/as	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17. Vecinos/as	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18. Compañeros de trabajo / estudio	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Algunas de estas personas (10-18) ha abusado de Ud.:
 0. No 1. Sí

	Ultimo mes	A lo largo de la vida
18A. Emocionalmente? (Insultándole, etc)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18B. Físicamente? Produciéndole daños físicos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18C. Sexualmente? (forzándole a mantener relaciones sexuales)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

19. ¿Cuántos días en el último mes ha tenido problemas serios
 A. Con su familia?
 B. Con otra gente?
 (Excluír familiares)

PARA LAS PREGUNTAS 20 Y 23, POR FAVOR PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACION

¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes sus

20. problemas familiares?

21. problemas sociales?

¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el asesoramiento para esos:

22. problemas familiares?

23. problemas sociales?

ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR

24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento familiar y/o social?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

25. ¿Imagen distorsionada del paciente?
 0. No 1. Sí

26. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
 0. No 1. Sí

Comentarios

ESTADO PSIQUIATRICO

1. ¿Cuántas veces ha recibido tratamiento por problemas psicológicos o emocionales?

Tratamiento hospitalario:

Tratamiento ambulatorio:

2. ¿Recibe una pensión por incapacidad psíquica?

0. No 1. Sí

Ha pasado un período de tiempo significativo (no directamente debido al uso de alcohol o drogas) en el cual Ud. (consulte el manual para definiciones):

0. No 1. Sí

3. Experimentó depresión severa?

Ultimo mes A lo largo de la vida

4. Experimentó ansiedad o tensión severa?

5. Experimentó problemas para comprender, concentrarse o recordar?

6. Experimentó alucinaciones?

7. Experimentó problemas para controlar conductas violentas?

8. Recibía medicación prescrita por problemas emocionales o psicológicos?

9. Experimentó ideación suicida severa?

10. Realizó intentos suicidas?

- 10A ¿Cuántas veces intentó suicidarse?

11. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado esos problemas psicológicos/emocionales?

PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR
PIDA AL PACIENTE QUE
UTILICE LA ESCALA DE
AUTOEVALUACION

12. ¿Cómo le han preocupado o molestado en el último mes estos problemas psicológicos o emocionales?

13. ¿Qué importancia tiene ahora para Ud. el tratamiento para esos problemas psicológicos?

**LOS SIGUIENTES ITEMS HAN DE SER
CUMPLIMENTADOS POR EL
ENTREVISTADOR**

Durante la entrevista, el paciente se presentaba:

0. No 1. Sí

14. Francamente deprimido/retraído

15. Francamente hostil

16. Francamente ansioso/nervioso

17. Con problemas para interpretar la realidad, trastornos del pensamiento, ideación paranoide

18. Con problemas de comprensión, Concentración o recuerdo

19. Con ideación suicida

ESCALA DE SEVERIDAD PARA EL ENTREVISTADOR

20. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento psiquiátrico/psicológico?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

21. ¿Imagen distorsionada del paciente?

0. No 1. Sí

22. ¿La incapacidad para comprender del paciente?

0. No 1. Sí

Comentarios

ANEXO 3: Revised Conflicts Tactics Scale-2 (CTS-2)

REVISED CONFLICTS TACTICS SCALE-2 (CTS-2)

CONDUCTAS DE PAREJA

(Strauss et al. 1996)

Descripción

El CTS2 mide hasta qué punto las personas utilizan la violencia contra sus parejas y hasta qué punto utilizan la negociación para resolver conflictos. El CTS2 se compone de 78 ítems, todos ellos referentes tanto a las acciones realizadas por la persona que contesta el cuestionario como a las ejercidas por su pareja. Consta de cinco escalas: Razonamiento/Negociación, Agresión física, Abuso psicológico, Coerción sexual y Lesiones.

Puntuación

A continuación se presentan los ítems que componen cada subescala, así como la dirección de la puntuación. En este caso se va a emplear la prevalencia que es un indicador dicotómico (0-1), que indica si alguno de los actos que componen la escala ha ocurrido o no durante el último año.

* Razonamiento/Negociación:

Tipo	Ítems	Puntuación
EMOCIONAL	1, 13 y 39	0 - 1
COGNITIVA	3, 59 y 77	0 - 1

* Agresión física:

Tipo	Ítems	Puntuación
MENOR	7, 9, 17, 45 y 53	0 - 1
GRAVE	21, 27, 33, 37, 43, 61 y 73	0 - 1

* Abuso psicológico:

Tipo	Ítems	Puntuación
MENOR	5, 35, 49 y 67	0 - 1
GRAVE	25, 29, 65 y 69	0 - 1

* Coerción sexual:

Tipo	Ítems	Puntuación
MENOR	15, 51 y 63	0 - 1
GRAVE	19, 47, 57 y 75	0 - 1

* **Lesiones**

Tipo	Ítems	Puntuación
MENOR	11 y 71	0 - 1
GRAVE	23, 31, 41 y 55	0 - 1

CTS-2

FORMA A: CONDUCTAS DE PAREJA

No importa la bien que se lleve una pareja, hay veces que no están de acuerdo, se molestan con la otra persona, cada uno quiere cosas diferentes, o tiene riñas o peleas ya sea porque están de mal humor, cansados o por otros motivos. Las parejas también tratan de resolver estas diferencias de diferentes maneras. Ésta es una lista de cosas que tú y tu pareja puede que hagáis cuando tenéis diferencias. Por favor, rodea con un círculo cuántas veces tú y tu pareja habéis hecho alguna de estas cosas en los últimos doce meses. Si no habéis hecho ninguna de estas cosas durante los doce últimos meses, pero ha sucedido alguna vez antes, rodea con un círculo el "7".

¿Cuántas veces ocurrió?

- 1 = Una vez el año pasado
- 2 = Dos veces el año pasado
- 3 = De 3 a 5 veces el año pasado
- 4 = De 6 a 10 veces el año pasado
- 5 = De 11 a 20 veces el año pasado
- 6 = Más de 20 veces el año pasado
- 7 = Nunca el año pasado, pero sucedió antes
- 0 = No ha pasado antes

1.	Le dije a mi pareja que le apreciaba incluso en un momento de desacuerdo.	1	2	3	4	5	6	7	0
2.	Mi pareja me dijo que me apreciaba incluso en un momento de desacuerdo.	1	2	3	4	5	6	7	0
3.	Le expliqué a mi pareja mi punto de vista sobre nuestro desacuerdo.	1	2	3	4	5	6	7	0
4.	Mi pareja me explicó su punto de vista sobre nuestro desacuerdo.	1	2	3	4	5	6	7	0
5.	Le dije una palabrota a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
6.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
7.	Le tiré algo a mi pareja que pudo hacerle daño.	1	2	3	4	5	6	7	0
8.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
9.	Retorcí el brazo a mi pareja o le tiré de los pelos.	1	2	3	4	5	6	7	0
10.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
11.	Me hice una torcedura, pequeño corte o cardenal como consecuencia de una pelea con mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
12.	Mi pareja tuvo una torcedura, pequeño corte o cardenal peleando conmigo.	1	2	3	4	5	6	7	0

- 1 = Una vez el año pasado
- 2 = Dos veces el año pasado

- 3 = De 3 a 5 veces el año pasado
 4 = De 6 a 10 veces el año pasado
 5 = De 11 a 20 veces el año pasado
 6 = Más de 20 veces el año pasado
 7 = Nunca el año pasado, pero sucedió antes
 0 = No ha pasado antes

13.	Mostré respeto por los sentimientos de mi pareja sobre un tema.	1	2	3	4	5	6	7	0
14.	Mi pareja mostró respeto por mis sentimientos sobre un tema.	1	2	3	4	5	6	7	0
15.	Obligué a mi pareja a tener relaciones sexuales sin un condón.	1	2	3	4	5	6	7	0
16.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
17.	Le di un empujón a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
18.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
19.	Usé la fuerza (golpeando, sujetándole, o usando un arma) para obligar a mi pareja a tener sexo oral o anal.	1	2	3	4	5	6	7	0
20.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
21.	Usé un cuchillo o un arma de fuego contra mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
22.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
23.	Perdí el conocimiento después de ser golpeado en la cabeza por mi pareja durante una pelea.	1	2	3	4	5	6	7	0
24.	Mi pareja perdió el conocimiento por un golpe en la cabeza durante una pelea conmigo.	1	2	3	4	5	6	7	0
25.	Insulté a mi pareja llamándola, por ejemplo, gordo/a o feo/a.	1	2	3	4	5	6	7	0
26.	Mi pareja me insultó llamándome, por ejemplo, gordo/a o feo/a.	1	2	3	4	5	6	7	0
27.	Di un puñetazo o golpée a mi pareja con algo que pudo hacerle daño.	1	2	3	4	5	6	7	0
28.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
29.	Destrocé algo que pertenecía a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
30.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
31.	Fui al médico como consecuencia de una pelea con mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
32.	Mi pareja fue al médico como consecuencia de una pelea conmigo.	1	2	3	4	5	6	7	0
33.	Agarré a mi pareja por el cuello como para estrangularla.	1	2	3	4	5	6	7	0

- 1 = Una vez el año pasado
 2 = Dos veces el año pasado

- 3 = De 3 a 5 veces el año pasado
 4 = De 6 a 10 veces el año pasado
 5 = De 11 a 20 veces el año pasado
 6 = Más de 20 veces el año pasado
 7 = Nunca el año pasado, pero sucedió antes
 0 = No ha pasado antes

34.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
35.	Grité o chillé a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
36.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
37.	Lancé a mi pareja contra una pared.	1	2	3	4	5	6	7	0
38.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
39.	Le dije que estaba seguro/a de que podíamos solucionar un problema.	1	2	3	4	5	6	7	0
40.	Me dijo que estaba seguro/a de que podíamos solucionar un problema.	1	2	3	4	5	6	7	0
41.	Necesité ver un médico como consecuencia de una pelea con mi pareja, pero no lo vi.	1	2	3	4	5	6	7	0
42.	Mi pareja necesitó ver a un médico como consecuencia de una pelea conmigo, pero no lo vio.	1	2	3	4	5	6	7	0
43.	Le di una paliza a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
44.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
45.	Agarré con fuerza a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
46.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
47.	Usé la fuerza (golpeando, sujetándole o usando un arma) para obligar a mi pareja a tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	6	7	0
48.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
49.	Me fui furioso/a de la habitación, la casa o el patio durante una riña.	1	2	3	4	5	6	7	0
50.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
51.	Insistí en tener relaciones sexuales aunque mi pareja no quería (pero no usé la fuerza física).	1	2	3	4	5	6	7	0
52.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
53.	Le di una bofetada a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
54.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
55.	Me rompí un hueso como consecuencia de una pelea con mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
56.	Mi pareja se rompió un hueso como consecuencia de una pelea conmigo.	1	2	3	4	5	6	7	0

- 1 = Una vez el año pasado
 2 = Dos veces el año pasado
 3 = De 3 a 5 veces el año pasado
 4 = De 6 a 10 veces el año pasado
 5 = De 11 a 20 veces el año pasado
 6 = Más de 20 veces el año pasado
 7 = Nunca el año pasado, pero sucedió antes
 0 = No ha pasado antes

57. Usé amenazas para hacer a mi pareja tener sexo oral o anal.	1	2	3	4	5	6	7	0
58. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
59. Sugerí un pacto para ponernos de acuerdo.	1	2	3	4	5	6	7	0
60. Mi pareja sugirió un pacto para ponernos de acuerdo.	1	2	3	4	5	6	7	0
61. Le provoqué quemaduras o le arrojé un líquido hirviendo a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
62. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
63. Insistí en que mi pareja tuviera sexo oral o anal (pero no usé la fuerza).	1	2	3	4	5	6	7	0
64. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
65. Acusé a mi pareja de ser un/a amante pésimo/a.	1	2	3	4	5	6	7	0
66. Mi pareja me acusó de esto.	1	2	3	4	5	6	7	0
67. Hice algo para fastidiar a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
68. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
69. Amenacé a mi pareja con darle un golpe o arrojarle algo.	1	2	3	4	5	6	7	0
70. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
71. Todavía tenía dolores el día después de haberme peleado con mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
72. Mi pareja todavía tenía dolores el día después de haberse peleado conmigo.	1	2	3	4	5	6	7	0
73. Le di una patada a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
74. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
75. Usé amenazas para hacer a mi pareja tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	6	7	0
76. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7	0
77. Estuve de acuerdo en intentar la solución que mi pareja propuso a un desacuerdo.	1	2	3	4	5	6	7	0
78. Mi pareja estuvo de acuerdo en intentar la solución que yo propuse.	1	2	3	4	5	6	7	0

ANEXO 4: Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer (IPD-M)

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS SOBRE LA MUJER

(Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998)

Descripción

El *Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer* (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998) consiste en un listado de 13 ítems binarios que están dirigidos a detectar los pensamientos irracionales del maltratador relacionados con los roles sexuales y la inferioridad de la mujer. Estos pensamientos resultan de gran interés en la medida en que propician la aparición de conductas violentas. El paciente ha de señalar qué ideas expresadas en el inventario corresponden a su forma habitual de pensar.

Puntuación

Se puntúa cada respuesta afirmativa. Por ello, el rango del inventario oscila de 0 a 13 puntos. A mayor puntuación, mayor número de distorsiones cognitivas relacionadas con la mujer.

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS SOBRE LA MUJER

(Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACION:

Señala, por favor, tu grado de acuerdo-desacuerdo con las siguientes frases

	Muy en Desacuerdo (1)	En Desacuerdo (2)	De Acuerdo (3)	Muy de acuerdo (4)
1. Las mujeres son inferiores a los hombres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Si el marido es el que aporta el dinero en casa, la mujer debe estar supeditada a él.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. El marido es el responsable de la familia, por lo que la mujer le debe obedecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La mujer debe tener la comida y la cena a punto para cuando el marido vuelva a casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La obligación de una mujer es tener relaciones sexuales con su marido, aunque en ese momento no le apetezca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Una mujer no debe llevar la contraria a su marido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Una mujer que permanece conviviendo con un hombre violento debe tener un serio problema psicológico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Para muchas mujeres, el maltrato por parte de sus maridos es una muestra de su preocupación por ellas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cuando un hombre pega a su mujer, ella ya sabrá por qué.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Si las mujeres realmente quisieran, sabrían cómo prevenir nuevos episodios de violencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Muchas mujeres provocan deliberadamente a sus maridos para que éstos pierdan el control y les golpeen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Si una mujer tiene dinero, no tiene por qué soportar una relación en la que existe violencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. El hecho de que la mayoría de las mujeres no suele llamar a la policía cuando están siendo maltratadas, prueba que quieren proteger a sus maridos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ANEXO 5: Inventario de Pensamientos
Distorsionados sobre el Uso de la Violencia (IPD-V)**

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS SOBRE EL USO DE LA VIOLENCIA

(Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998)

Descripción

El *Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre el Uso de la Violencia* (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998) consiste en un listado de 16 ítems binarios que están dirigidos a detectar los pensamientos irracionales del maltratador relacionados con la utilización de la violencia como una forma aceptable de resolver los conflictos. Estos pensamientos resultan de gran interés en la medida en que propician la aparición de conductas violentas. El paciente ha de señalar qué ideas expresadas en el inventario corresponden a su forma habitual de pensar.

Puntuación

Se puntúa cada respuesta afirmativa. Por ello, el rango del inventario oscila de 0 a 16 puntos. A mayor puntuación, mayor número de distorsiones cognitivas relacionadas con la utilización de la violencia como una forma aceptable de resolver los conflictos.

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS DISTORSIONADOS SOBRE EL USO DE LA VIOLENCIA

(Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACION:

Señala, por favor, tu grado de acuerdo-desacuerdo con las siguientes frases

	Muy en Desacuerdo (1)	En Desacuerdo (2)	De Acuerdo (3)	Muy de acuerdo (4)
1. Si un niño pega a tu hijo, éste debe responderle de la misma forma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Los profesores de escuela hacen bien en utilizar el castigo físico contra niños que son repetidamente desobedientes y rebeldes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Los niños realmente no se dan cuenta de que sus padres pegan a sus madres a no ser que sean testigos de una pelea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Las bofetadas son a veces necesarias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Para maltratar a una mujer hay que odiarla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si un hombre agrede a su pareja es porque está totalmente justificado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La mayoría de los hombres que agreden a sus parejas se sienten avergonzados y culpables por ello.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Los golpes en el trasero (a un niño) son a veces necesarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Lo que ocurre en una familia es problema únicamente de la familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Muy pocas mujeres tienen secuelas físicas o psíquicas a causa de los malos tratos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Si muchas mujeres no fastidiaran tanto a sus maridos, seguramente no serían maltratadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. La mayoría de los maltratadores son personas fracasadas o "perdedores".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Las mujeres a menudo lesionan también a sus maridos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cuando tus vecinos se están pegando, no es responsabilidad tuya intervenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. No siempre es un delito que un hombre pegue a una mujer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Los agresores son personas con graves problemas psicológicos que a menudo no saben lo que hacen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 6: Listado de Síntomas (SCL-90-R)

SCL-90-R

(Derogatis, 1975)

Descripción

El *Listado de Síntomas (SCL-90-R)* (Derogatis, 1975) es un cuestionario autoadministrado de evaluación psicopatológica general. Consta de 90 ítems, con 5 alternativas de respuesta en una escala de tipo Likert, que oscilan entre 0 (*nada*) y 4 (*mucho*). El cuestionario tiene como objetivo reflejar los síntomas de malestar psicológico de un sujeto. Al haberse mostrado sensible al cambio terapéutico, se puede utilizar tanto en una única evaluación como en evaluaciones repetidas. El SCL-90-R está constituido por nueve dimensiones de síntomas primarios (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Además, ofrece tres índices globales que reflejan el nivel de gravedad global del sujeto: Índice Global de Gravedad (GSI), Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI) y Total de Síntomas Positivos (PST).

Puntuación

Puntuación de cada dimensión: Se suman las puntuaciones de los ítems correspondientes a la dimensión y se divide por el número de ítems que comprende. El resultado debe incluir dos cifras decimales. En este apartado no se tienen en cuenta los ítems adicionales (síntomas discretos que no pertenecen a ninguna dimensión en concreto). Los ítems que corresponden a cada dimensión aparecen marcados con la siguiente clave:

- (S)** Somatización
- (O)** Obsesión-compulsión
- (SI)** Sensibilidad interpersonal
- (D)** Depresión
- (A)** Ansiedad
- (H)** Hostilidad
- (AF)** Ansiedad fóbica
- (I)** Ideación paranoide
- (P)** Psicoticismo

Los 7 ítems que no tienen letra pertenecen a los síntomas discretos.

Puntuación de los índices globales:

- GSI:** Se suman las puntuaciones de todos los ítems de la escala (incluidos los ítems adicionales) y se divide entre 90.
- PSDI:** Se suman las puntuaciones de todos los ítems (incluidos los adicionales) y se divide entre la puntuación obtenida en el PST.
- PST:** Se suma el número de ítems que han sido contestados con respuestas distintas de cero.

Tipificación:

Una vez obtenidos los índices de la escala (dimensionales y globales), han de transformarse en puntuaciones típicas (T), según la tabla correspondiente, en función del grupo normativo al que pertenezca el sujeto.

Omisión de respuestas y puntuación:

En el caso de que el sujeto haya omitido ítems al contestar la prueba, esta no se invalida necesariamente, sino que:

- a) la escala en su globalidad se invalida cuando el sujeto ha omitido más del 20% de los ítems (>18).
- b) una dimensión particular se invalidará cuando el sujeto haya omitido más del 40% de los ítems de aquella dimensión.

En caso de no quedar invalidada la escala, habrá que realizar una serie de ajustes. Para hallar la puntuación de cada dimensión habrá que descontar del denominador el número de ítems omitidos en esa dimensión. Para hallar el índice GSI habrá que descontar del denominador el número total de ítems omitidos en la escala. El PTS y el PSDI no se ven directamente afectados por la omisión de respuestas.

Definición operacional de caso psiquiátrico

Un sujeto se define en el SCL-90-R como caso positivo (con trastorno psiquiátrico) en los siguientes casos:

- a) si el sujeto obtiene una puntuación GSI (según la tabla de "no pacientes") mayor o igual a una puntuación T de 63.
- b) si el sujeto obtiene una puntuación T mayor o igual a 63 en dos dimensiones sintomatológicas.

LISTADO DE SÍNTOMAS (SCL-90-R) (Derogatis, 1975)

Copyright © de la edición española 1988, 2000, 2002 Leonard R. Derogatis Ph. D.

Publicado por TEA Ediciones, S.A., Madrid, España.

ANEXO 7: Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON (MCMI-II)

(Millon, 1997)

Descripción

El *Inventario Clínico Multiaxial de Millon* (MCMI-II) (Millon, 1997). Se trata de un cuestionario clínico autoaplicado de evaluación de la personalidad y de distintos síndromes clínicos. Está compuesto por 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso), que proporcionan información sobre 10 escalas básicas de personalidad (esquizoide, fóbica, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivosádica, compulsiva, pasivo-agresiva y autodestructiva), 3 escalas de personalidad patológica (esquizoide, límite y paranoide), 6 síndromes clínicos de gravedad moderada (ansiedad, histeriforme, hipomanía, distimia, abuso de alcohol y abuso de drogas) y 3 síndromes clínicos de gravedad severa (pensamiento psicótico, depresión mayor y trastorno delirante).

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON (MCMII-II)
(Millon, 1997)

Copyright de la edición española © 1997 by TEA Ediciones, S.A.,
Madrid, España.

ANEXO 8: Índice de Respuesta Interpersonal (IRI)

ÍNDICE DE RESPUESTA INTERPERSONAL

(Davis, 1980)

Descripción

El *Índice de Respuesta Interpersonal* (Davis, 1980) consta de 28 ítems que valoran cuatro componentes de la empatía: *toma de perspectiva* (capacidad para apreciar el punto de vista de los demás), *interés empático* (capacidad para sentir compasión y preocupación por las personas que tienen experiencias negativas), *fantasía* (capacidad para identificarse con caracteres o personajes ficticios) y *aflicción personal* (capacidad para compartir las emociones negativas de los demás y de enfrentarse con los sentimientos negativos).

Puntuación

Cada uno de los 28 ítems se puntúan en una escala de tipo Likert que oscila de 0 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). El rango total de la escala es, por tanto, de 0 a 112. A mayor puntuación, mayor capacidad empática. A continuación se indican los ítems que componen cada una de las subescalas, así como el sentido de la corrección. En concreto, los signos negativos se refieren a aquellos ítems que se puntúan de forma inversa.

<i>Toma de perspectiva:</i>	3 (-), 8, 11, 15 (-), 21, 25, 28
<i>Interés empático:</i>	2 (-), 4, 9, 14 (-), 18 (-), 20, 22
<i>Fantasía:</i>	1, 5, 7 (-), 12 (-), 16, 23, 26
<i>Aflicción personal:</i>	6, 10, 13 (-), 17, 19 (-), 24, 27

ÍNDICE DE RESPUESTA INTERPERSONAL

(Davis, 1980)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACION:

Las siguientes afirmaciones se refieren a sus pensamientos y sentimientos en diversas situaciones. Indique, mediante una **X**, su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las afirmaciones que se presentan en relación con usted mismo. Lea con atención cada uno de los ítems antes de responder. Conteste tan sinceramente como pueda. Gracias.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. A veces sueño despierto y tengo fantasías sobre cosas que podrían pasarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Con frecuencia me preocupo por los sentimientos y los problemas de la gente que tiene menos suerte que yo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. En ocasiones tengo dificultad para ver las cosas desde el punto de vista de los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Algunas veces no me afecta demasiado que otras personas tengan problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Generalmente me identifico con los sentimientos de los personajes de una novela.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cuando surge alguna cosa de improviso y que no esperaba, me siento desconfiado y a disgusto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cuando veo una película, me cuesta entrar en el argumento y pocas veces la veo terminar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Antes de tomar una decisión en una discusión intento tener en cuenta el punto de vista de todos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cuando veo que se están aprovechando de alguien, me sale el instinto de protección hacia esa persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Cuando estoy en medio de una situación muy tensa a veces siento que no puedo hacer nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. A veces intento entender mejor a mis amigos al imaginar cómo se ven las cosas desde su punto de vista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
12. Es muy raro que me meta del todo dentro de un buen libro o de una película.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cuando veo a alguien que ha resultado herido suelo quedarme tranquilo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Las desgracias de los demás no me preocupan mucho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Si estoy seguro y tengo razón sobre algo, entonces no pierdo mucho tiempo escuchando los argumentos de los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Después de ver una película me siento como uno de sus personajes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me asustan las situaciones emocionalmente intensas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. A veces, cuando veo que tratan injustamente a alguien, no siento mucha lástima por él.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Normalmente suelo salir bastante bien cuando me enfrento a situaciones que surgen de repente sin que yo las esperase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Con frecuencia me conmuevo bastante por cosas que veo que ocurren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Creo que todas las cuestiones tienen dos lados, e intento siempre mirarlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Creo que soy una persona bastante bondadosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Cuando veo una buena película, me puedo poner fácilmente en el lugar del personaje principal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Suelo perder el control durante situaciones que salen de repente sin que yo las esperase.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Cuando estoy enfadado con alguien, normalmente intento ponerme en su lugar durante un rato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Cuando estoy leyendo una historia o novela interesante, me imagino cómo me sentiría si los hechos de la historia me ocurriesen a mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Cuando veo a alguien que está realmente mal en una situación que le ha salido de repente sin que se lo esperase, me quedo hecho pedazos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Antes de criticar a alguien intento imaginarme cómo me sentiría si estuviese en su lugar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 9: Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo-Estado (STAXI)

STAXI

(Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1988)

Descripción

El *Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo-Estado (STAXI)* (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1988) consta de 10 ítems relacionados con la ira-estado (intensidad de la emoción de la ira en una situación concreta) y de otros 10 referidos a la ira-rasgo (disposición individual para sentir ira habitualmente). El rango de las puntuaciones es de 10 a 40 en cada escala. Asimismo el STAXI cuenta con una tercera subescala de 24 ítems relacionada con la forma de la expresión de la ira (ira interna, ira externa y control de la ira). No obstante, en este caso no se ha utilizado esta última subescala.

Puntuación

- **Parte I (Ira-estado):** Para obtener la puntuación directa se suma la puntuación obtenida en cada uno de los 10 ítems que componen este apartado. A mayor puntuación, mayor grado de ira-estado.
- **Parte II (Ira-rasgo):** Para obtener la puntuación directa se suma la puntuación obtenida en cada uno de los 10 ítems que componen este apartado. A mayor puntuación, mayor grado de ira-rasgo.

**INVENTARIO DE MANIFESTACIÓN DE LA IRA RASGO-ESTADO
(STAXI)** (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1988)

Copyright de la edición española © 2001 by TEA Ediciones, S.A.,
Madrid, España.

ANEXO 10: Escala de Impulsividad (BIS-10)

ESCALA DE IMPULSIVIDAD (BIS-10)

(Barratt, 1985)

Descripción

La *Escala de Impulsividad (BIS-10)* (Barratt, 1985), dirigida a evaluar el grado de impulsividad de los sujetos, consta de 33 ítems que puntúan de 0 a 4 en una escala de tipo Likert. El rango total de la escala oscila de 0 a 132. Este instrumento consta de 3 subescalas, de 11 ítems cada una, y con un rango que oscila de 0 a 44. La primera subescala evalúa la impulsividad motora, la segunda la impulsividad cognitiva y, por último, la tercera evalúa la improvisación y ausencia de planificación.

Puntuación

A continuación se presentan los ítems que componen cada subescala, así como la dirección de la puntuación. A mayor puntuación, mayor presencia del rasgo medido en cada subescala. La puntuación total se obtiene de la suma de todas las subescalas.

▪ Impulsividad motora:

Ítems	Puntuación
2, 5, 11, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31	0 - 4
8	4 - 0

▪ Impulsividad cognitiva:

Ítems	Puntuación
3, 6, 17, 23, 26, 29	0 - 4
9, 12, 14, 20, 32	4 - 0

▪ Improvisación y ausencia de planificación:

Ítems	Puntuación
4, 15, 24, 27, 30	0 - 4
1, 7, 10, 18, 21, 33	4 - 0

ESCALA DE IMPULSIVIDAD (BIS-10)

(Barratt, 1985)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACION:

Las frases que aparecen a continuación se refieren a diferentes formas de actuar. Lee atentamente cada una de ellas, y marca con una "X" la alternativa que más se ajusta a tu forma de ser. MUCHAS GRACIAS.

	Casi nunca/ nunca	Algunas veces	A veces sí/ a veces no	Bastantes veces	Casi siempre/ siempre
1. Planeo cuidadosamente lo que voy a hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hago cosas sin pensar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me decido rápidamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Soy despreocupado/a y no previsor/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No presto atención a las cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tengo pensamientos rápidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Planeo mis viajes con bastante antelación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me sé controlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me concentro fácilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ahorro regularmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Estoy inquieto/a cuando acudo a teatros o conferencias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Soy una persona reflexiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Digo cosas sin pensar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Me gusta pensar en problemas complejos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Cambio de tareas constantemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A veces me dan "venadas".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me aburro fácilmente cuando tengo que resolver problemas que exigen pensar mucho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Casi	Algunas	A	Bastantes	Casi
------	---------	---	-----------	------

	nunca/ nunca	veces	veces sí/ a veces no	veces	siempre/ siempre
18. Suelo acabar lo que empiezo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Actúo de forma impulsiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Me pienso bastante todo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Planifico mi futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Compró cosas dejándome llevar por mis impulsos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. No puedo pensar en más de una cosa a la vez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Cambio de “hobbies” y aficiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Me muevo y ando rápido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Resuelvo problemas por ensayo y error.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Gasto más de lo que puedo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Hablo rápido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. A veces tengo pensamientos extraños.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Estoy más interesado en el presente que en el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Me impaciento cuando tengo que estar quieto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Me gustan los “puzzles”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Pienso en el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 11: Escala de Inadaptación

ESCALA DE INADAPTACIÓN

(Echeburúa y Corral, 1987)

Descripción

La *Escala de Inadaptación* (Echeburúa y Corral, 1987) refleja el grado en que la situación problemática de cada paciente afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo-estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Este instrumento consta de 6 ítems, que oscilan de 0 a 5 en una escala de tipo Likert. Se ha demostrado que existe una estrecha relación entre la puntuación obtenida en esta escala y diferentes escalas de gravedad de síntomas.

Puntuación

Se suma la puntuación obtenida en cada escala. El rango de la escala total es de 0 a 30. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la inadaptación. En general, una puntuación igual o superior a 2 en cada ítem denota inadaptación. El punto de corte de la escala total es, por tanto, 12.

ESCALA DE INADAPTACIÓN

(Echeburúa y Corral, 1987)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACION:

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

Trabajo y/o Estudios

1.- A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Vida social

2.- A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Tiempo libre

3.- A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Relación de pareja

4.- A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Vida familiar

5.- A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Escala global

6.- A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

ANEXO 12: Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO

(Larsen, Attkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979)

Descripción

El *Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento* (Larsen *et al.*, 1979) consta de 8 ítems relacionados con la calidad de la atención terapéutica, con la intensidad de la ayuda recibida y, en último término, con la satisfacción con el tratamiento.

Puntuación

Los ítems están estructurados en una escala de tipo Likert, cinco formulados en forma positiva y tres en forma negativa para el control de la aquiescencia, cada uno con una puntuación de 0 a 3. El rango total del cuestionario es, por tanto, de 0 a 24.

Ítems	Puntuación
2, 4, 8	0 - 3
1, 3, 5, 6, 7,	3 - 0

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO

(Larsen, Attkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACION:

Por favor, ayúdenos a mejorar nuestro programa contestando algunas preguntas acerca de los servicios que ha recibido. Estamos interesados en sus opiniones sinceras, ya sean positivas o negativas. Por favor, conteste todas las preguntas señalando con una X la respuesta elegida.

1. ¿Cómo calificaría la calidad del servicio que ha recibido?

☐
Excelente

☐
Buena

☐
Regular

☐
Mala

2. ¿Encontró la clase de servicio que buscaba?

☐
No

☐
Sí, parcialmente

☐
Sí, en general

☐
Sí, totalmente

3. ¿En qué medida nuestro programa ha satisfecho sus necesidades?

☐
Totalmente

☐
En general

☐
Parcialmente

☐
Ninguna

4. Si un amigo/a necesitara una ayuda similar, ¿le recomendaría nuestro programa?

☐
No

☐
Probablemente no

☐
Probablemente sí

☐
Sí

5. ¿En qué medida está satisfecho con el tipo de ayuda recibida?

☐
Muchísimo

☐
Mucho

☐
Bastante

☐
Poco

6. ¿Le han ayudado los servicios que ha recibido a hacer frente más eficazmente a sus problemas?

☐
Mucho

☐
Bastante

☐
Poco

☐
Nada

7. En conjunto, ¿en qué medida está satisfecho con el servicio recibido?

☐
Mucho

☐
Bastante

☐
Poco

☐
Nada

8. Si tuviera que buscar ayuda otra vez, ¿volvería a nuestro programa?

☐
No

☐
Probablemente no

☐
Probablemente sí

☐
Sí

ANEXO 13: Registro de Conductas Violentas en la Pareja

CONDUCTAS VIOLENTAS EN LA PAREJA

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACION:

Señala si, desde que hicimos la entrevista inicial de este estudio (cuando rellenaste los cuestionarios iniciales), han ocurrido las siguientes cosas:

- ¿Has tenido pareja durante este período? _____
- Si la has tenido, ¿has convivido con ella? _____
- ¿Crees que habéis tenido conflictos serios en este período tu pareja y tú?

 - En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

- Cuando ha habido conflictos en la pareja, ¿han existido conductas del siguiente tipo: insultos, faltas de respeto, amenazas, agresiones, etc, de tu pareja hacia ti? _____
 - En caso afirmativo, señala de qué tipo y con qué frecuencia.

- Cuando ha habido conflictos en la pareja, ¿han existido conductas del siguiente tipo: insultos, faltas de respeto, amenazas, agresiones, etc, de ti hacia tu pareja? _____
 - En caso afirmativo, señala de qué tipo y con qué frecuencia.

